

Depresjonssymptomer hos ungdom:

Sosial kompetanse - en beskyttelsesfaktor for ungdom som vokser opp i
hjem med multipl risiko?

Guro Jønsberg Nyquist og Ingvild Sørum Rasch-Olsen



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2011

Tittel: Depresjonssymptomer hos ungdom: Sosial kompetanse - en beskyttelsesfaktor for ungdom som vokser opp i hjem med multippel risiko?

Forfatter: Guro Jønsberg Nyquist og Ingvild Sørum Rasch-Olsen

Veileder: Jon Martin Sundet (UiO) og Evalill Karevold (Nasjonalt Folkehelseinstitutt)

Forord:

Denne studien har blitt til som et resultat av et samarbeid mellom to studenter ved Psykologisk institutt (Universitetet i Oslo) og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Formålet med studien er å belyse samfunnsaktuelle tema, og se hvordan mønstre av hverdagstress henger sammen med risiko for utvikling av depressive symptomer hos ungdom. Fremfor å innta et kategorisk og sykdomsorientert perspektiv i forståelsen av depresjon, ønsket vi å nyansere en slik forståelse ved å belyse menneskets spekter av depressive vansker ut i fra et dimensjonelt perspektiv. Studiens fokus rettes således mot ungdom som ikke når terskel for en diagnose, men som likevel opplever funksjonsnedsettelse i hverdagen som følge av et forhøyet symptomtrykk. Vi anså dette for å være en interessant gruppe å studere nærmere, da forskning har vist at denne gruppen står i særskilt risiko for å senere utvikle en klinisk diagnose. I tillegg til å undersøke ulike risikofaktorer sammenheng med symptomer på depresjon hos ungdommen, ønsket vi å balansere slike risikoforhold med et mestrende fokus. Sosial kompetanse ble derfor trukket inn som en beskyttende faktor. Dagens multimediasamfunn stiller store krav til den enkelte ungdom om sosial mestring, ettersom sosialiseringen i dag foregår på flere arenaer enn tidligere. Vi var derfor spesielt interessert i å undersøke hvor mye effekt sosial kompetanse legger til av forklart varians, etter at utvalgte risikofaktorer er kontrollert for.

Arbeidet med hovedoppgaven har gitt oss mulighet for fordypning i bred litteratur og gitt oss en grundig innføring og forståelse av kvantitativ forskningsmetode. Dette har vært lærerikt, og kunnskapen vil være av stor betydning i det videre forskningsrelaterte og kliniske profesjonsarbeid. Vi vil rette en stor takk til Evalill Karevold og Nasjonalt Folkehelseinstitutt for tilgang på datamaterialet, samt for vennlig mottagelse og god veiledning. Vi vil også takke Jon Martin Sundet for nyttige og lærerike veiledningssamtaler. Begge veilederne har bidratt stort med inspirasjon og kunnskap på bakgrunn av sin faglige kompetanse. Vi takker også for den fleksibilitet og romslighet de begge har vist oss underveis i arbeidet. Vi ønsker videre å rette en stor takk til våre venner, partnere og familie for all tålmodighet og støtte de har gitt oss under hele hovedoppgaveprosjektet.

Sammendrag:

Bakgrunn: Denne studien undersøker risiko- og beskyttelsesfaktorerers sammenheng med symptomer på depresjon hos ungdom i alderen 12-13 år. Datamaterialet er hentet fra den longitudinelle studien Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid (TOPP) og består av spørreskjema fra 594 mødre. Symptomer på depresjon hos ungdom ble målt med SMFQ, "Short Mood and Feeling Questionnaire", emosjonelle vansker hos mor med "The Hopkins Symptom Check List" (HSCL-25), temperament hos ungdom med "Emotionality, Activity and Shyness Temperament Survey for Children: Parental ratings for children" (EAS), og sosial kompetanse hos ungdom med "Social Skills Rating System" (SSRS).

Med bakgrunn i veletablert forskning ble de forventede risikofaktorene i modellen definert som emosjonelle vansker hos mor, enslig status hos mor, temperamentsnivå hos ungdommen, samt det å være jente. Ungdommens sosiale kompetanse ble forventet å være en beskyttende faktor. I tråd med stress- sårbarhetsmodell, ønsket vi å undersøke mønster og sammenheng mellom de ulike faktorene for bidra til å skape nyanser i forståelsen av menneskets komplekse fungering. Slike sammenhenger vil kunne gi nyttig epidemiologisk kunnskap, ettersom få studier tidligere har sett på samvariasjonen mellom nettopp disse variablene. Kunnskap om dette vil igjen kunne være nyttig i den kliniske forståelsen av utløsende-, opprettholdende- og beskyttende faktorer, samt for forebyggende arbeid, der teoretisk kunnskap innhentet på gruppenivå kan tilpasses enkeltindividet på en dynamisk og helhetlig måte.

Metode: Studien anvender et kryssseksjonelt design til å utføre korrelasjon- og multiplere regresjonsanalyser for å undersøke hvilke variabler som har en unik effekt på depresjonssymptomer hos ungdommen. I tillegg blir det undersøkt hvorvidt en variabel kan moderere effekten av en annen variabel. På denne måten ønsker vi å se på relasjonen mellom ulike variabler, og hvor stor andel forklart varians modellen kan forklare i symptomer på depresjon hos ungdom.

Resultater: Resultatene fra analysen viste at den endelige modellen forklarte 35 % av variansen i depresjonssymptomer hos ungdom. De prediktorene som gav et signifikant unikt bidrag var emosjonelle vansker hos mor, emosjonalitet hos ungdommen, og selvkontroll. Kompetansedimensjonen selvkontroll la til 3% av til den forklarte variansen. Konsistent med studiens transaksjonelle og dynamiske perspektiv, ble det funnet signifikante sammenhenger mellom de fleste variablene i modellen. I tråd med tidligere funn ble det

funnet signifikante hovedeffekter for emosjonelle vansker hos mor, samt for temperament og sosial kompetanse hos ungdommen. Det ble også funnet en interaksjonseffekt mellom emosjonelle vansker hos mor og sosial kompetanse, samt mellom sosial kompetanse og temperament, på depressive symptomer hos ungdom. I kontrast til vår forskningshypotese ble det ikke funnet unik effekt av alenestatus hos mor eller kjønn, og heller ikke av temperamentsdimensjonene skyhet, aktivitetsnivå, og sosialitet, og kompetansedimensjonene samarbeidsevne, empati og selvtillit. Oppgaven avsluttes med å diskutere studiens resultater og analysemønstre sett i sammenheng med nyere forskning. Diskusjonen vil avslutningsvis inkludere praktiske implikasjoner for forebyggende arbeid og veier for fremtidig forskning.

Innhold

| | |
|--------------------------|---|
| Forord | 2 |
| Sammendrag..... | 3 |
| Innholdsfortegnelse..... | 5 |

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

2. Teoretisk modell

2.1. Transaksjonelt perspektiv: En integrativ forståelse av symptomutvikling hos ungdom

3. Risiko-og beskyttelsesfaktorer

3.1. Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø

3.1.1. Enslighet hos mor

3.1.2. Emosjonelle vansker hos mor

3.2. Karakteristikk hos ungdommen

3.2.1. Kjønn

3.2.2. Ungdommens medfødte forutsetninger: Temperament

3.2.3. Ungdommens sosiale kompetanse

3.3. Oppsummering

4. Målsetninger og studiens bidrag

4.1. Studiens mål

4.1.1. Identifisere multiplle risikoforholds sammenheng med symptomer på depresjon hos ungdom

4.1.2. Undersøke om sosial kompetanse fortsatt er å betrakte som en beskyttende faktor i møte med flere risikoforhold

4.2. Syntesemodell

4.2.1. En utviklingssensitiv- og integrativ modell

4.2.2. Hypoteser

5. Metode

5.1. Datamaterialet

5.1.1. TOPP-studien

5.1.2. Datainnsamling

5.1.3. Utvalget

5.1.3.1 Svarprosent og frafall

5.1.3.2 Demografiske opplysninger

5.2. Etiske retningslinjer

5.3. Måleinstrumenter

5.3.1. Måleinstrumenter

5.3.2. Faktoranalyser og reliabilitetsanalyser

5.4. Statistiske analyser

5.4.1. Foreløpig statistisk modell

5.4.2. Analytisk strategi

5.4.3. Preliminære analyser: deskriptive- og korrelasjonsanalyser

5.4.4. Multipl lineær regresjonsanalyse

5.4.5. Interaksjonsanalyser

6. Resultater

6.1. Preliminære analyser

6.2. Deskriptive analyser og frekvensanalyser

6.3. Korrelasjonsanalyser

6.4. Regresjonsanalyser

6.4.1. Testing av foreløpig modell

6.4.2. Hierarkisk multippel regresjon

6.4.3. Hierarkisk multippel regresjon med de signifikante prediktorene

6.5. Test av moderatorer og mediatorer

6.5.1. Test av moderatorer

6.5.2. Test av mediatorer

6.6. Endelig modell

7. Diskusjon

7.1. Bakgrunn og formål

7.2. Oppsummering av funnene

7.3. Risiko- og beskyttelsesfaktorer

7.3.1. Kjønnsdimensjonen

7.3.2. Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø

7.3.2.1. Enslighet hos mor

7.3.2.2. Emosjonelle vansker hos mor

7.3.3. Karakteristikk hos ungdommen

7.3.3.1. Temperament

7.3.3.2. Sosiale kompetanse

7.4. Interaksjonseffekter

7.5. Studiens begrensninger

7.5.1. Teoretiske begrensninger

7.5.1.1. Valg av tilnærming og analysevariabler

7.5.1.2. Andre betydningsfulle, sosiale relasjoner

7.5.2. Metodiske begrensninger

7.5.2.1. Et krysseksjonelt design

7.5.2.2. Karakteristikk ved utvalget

7.5.2.3. Konkurrerende informanter

7.5.2.4. En dimensjonell tilnærming med fokus på kontinuerlige variabler

7.6. Oppsummering

7.7. Studiens bidrag

7.8. Videre forskning

7.9. Implikasjoner for forebygging

7.10. Konklusjon

Referanser..... 60

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Forskning tyder på at det er nokså vanlig å ha psykiske vansker i avgrensede perioder av livet (Mykletun & Knudsen, 2009). Norske beregninger viser at psykiske vansker generelt koster samfunnet rundt 40 millioner i året i form av tapte arbeidsinntekter og sykefravær (ibid).

Disse tallene er i tråd med forskning gjort av verdens helseorganisasjon, som har anslått at psykiske vansker utgjør en av de største økonomiske byrdene i den vestlige verden, og at symptomer på depresjon vil utgjøre en av de viktigste årsakene til slik sykdomsbelastning hos både menn og kvinner på verdensbasis innen 2020 (St.melding, 02/03). Slike depressive symptomer viser overordnet til en opplevelse av nedstemthet, gledesløshet, mangel på energi og tap av interesser (WHO ICD-10). I Norge vil om lag halvparten av den voksne befolkning oppleve å ha betydelige symptomer på depresjon en gang i løpet av livet. Rundt en tredjedel vil bli rammet i løpet av et år (Mykletun & Knudsen, 2009). Dette gjør symptomer på depresjon til et av de vanligste helseproblemene i dagens samfunn. I tillegg til å ha en stor samfunnsmessig betydning kan slike vansker også ha en betydelig personlig kostnad.

Rapporter viser at rundt 260 000 barn vokser opp med en forelder som har så mange symptomer på angst og depresjon at det går ut over daglig fungering (Torvik & Rognmo, 2011). Slike emosjonelle vansker omhandler gjerne en opplevelse av tristhet, bekymring, engstelig eller uro og refererer til symptomer som ikke tilfredsstiller kriterier for en diagnostisk lidelse (Karevold, 2008). I tillegg må man regne med at et ukjent antall unge bor sammen med foreldre med slike symptomer som ikke er rapportert. Dette gjør emosjonelle vansker til et familiært problem (Dickstein et al., 1998; Hammen & Brennan, 2001; Solantaus, Paavonen, Toikka & Punamäki, 2010).

Til tross for at litteraturen antyder at ungdomstiden generelt er preget av en god helse, viser forskning også at symptomer på depresjon øker sterkt allerede fra 13 års alder, og at depresjonssymptomer er mer utbredt blant ungdom enn hos voksenbefolkningen for øvrig (St.melding, 02/03). Flesteparten av disse ungdommene kommer fra helt vanlige hjem, der risikofaktorene er gjennomgående få og avgrenset i tid (Mathiesen et al., 2007). Slike resultater gir støtte for at ungdommen ikke nødvendigvis trenger å tilhøre en bestemt risikogruppe for å oppleve betydelig funksjonsnedsettelse i hverdagen. I tillegg viser forskning at sannsynligheten for å utvikle et høyt symptomtrykk øker dersom flere

psykososiale belastninger samvirker over tid, blir store og rammer flere livsområder (Fergusson & Lynskey, 1996; Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Dersom ungdommen episodisk eller langvarig utsettes for flere interpersonlige stressorer, slik som å vokse opp med en enslig mor som i tillegg har emosjonelle vansker, vil dette kunne utøve en negativ effekt på ungdommens tilpasning, spesielt i en utviklingsperiode der den unge gjennomgår mange og store forandringer (Lau et al., 2007; Størksen, Røysamb, Moum & Tambs, 2005; Størksen, 2006). På hvert stadie i utviklingen blir individet konfrontert med nye utviklingsmessige utfordringer. Kvaliteten på løsningen av disse utviklingsrelaterte oppgavene vil igjen påvirke hvordan individet tilpasser seg (Cicchetti & Toth, 1998). Hvorvidt ungdommen utvikler symptomer på depresjon eller ikke vil derfor til enhver tid handle om en balanse mellom de risikofaktorer som øker sannsynligheten for at den unge utvikler depresjonssymptomer, og de beskyttende faktorer som fremmer utviklingen av god psykisk helse (Hicks, DiRago, Iacono & McGue, 2009).

Ut fra dagens moderne samfunnsstruktur og samlivsformer, vil en rekke ungdom oppleve endring i familiemønstret på måter som vil sette den unges tilpasning på prøve. Til enhver tid vil en større gruppe barn og unge vokse opp i et hjem bestående av kun en forelder, oftest mor (SSB). Forskning har konsekvent vist sammenheng mellom en rekke psykososiale stressorer forbundet med hovedomsorgsgiverrollen og mors psykiske helse (Lau et al., 2007; Mowbray et al., 2004). Det er derfor nærliggende å tenke seg at effekten av det å vokse opp med en enslig mor med emosjonelle vansker utgjør to viktige, men også angivelig vanlige, stressorer som øker risiko for utvikling av depressive symptomer hos ungdom. I tillegg har forskning vist at slikt psykososialt stress også øker sannsynligheten for at andre områder av ungdommens liv rammes, slik som akademisk og sosial fungering (Amato & Keith, 1991; Amato, 2000; Breivik & Olweus, 2006; Goodman & Gotlib, 1999; Lau et al., 2007). Samtidig er det vist at symptomer på depresjon utvikles på bakgrunn av en rekke samvirkende risikofaktorer, og i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer (Dickstein et al., 1998; Hicks, DiRago, Iacono & McGue, 2009).

I de senere år har en rekke studier forsøkt å avdekke genetiske og psykososiale korrelaters sammenheng med utvikling av depressive symptomer hos ungdom (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003). Eksempelvis har mange temperamentsforskere fremmet at genetiske faktorer spiller en betydelig rolle i utvikling av symptomer på depresjon i barne- og ungdomsårene, da spesielt temperamentstrekk som negativ emosjonalitet. Slike trekk refererer

til tendenser til å reagere med tristhet, frykt, irritabilitet og frustrasjon (Karevold, 2008); Rutter et al., 2008). Temperamentsbegrepet har stått sentralt i variasjonstenkningen om menneskets genetiske sårbarhet i lang tid (Lengua & Sandler, 1996; Middeldorp, Cath, Van Dyck & Boomsma, 2005; Nigg, 2006). Generelt viser forskning gjennomgående sammenhenger mellom temperamentstrekk og ulik tilpasning gjennom barne- og ungdomsårene (Sanson et al., 2009). Temperament har ofte blitt forstått som en risiko- eller beskyttelsesfaktor med klare forbindelser til barnets tilpasning til ulike utfordringer. Eksempelvis har forskning vist at barn og unge med høy grad av temperamentstrekkene fleksibilitet og sosialitet lettere mestrer stress forbundet med ulike belastninger (Mathiesen & Prior, 2006). Disse barna synes også å lettere tiltrekke seg sosial støtte fra andre.

Det å mestre sosialt samvær med andre på en god måte har i en årrekke blitt betraktet som en viktig komponent i psykisk velvære. Forskning har konsekvent vist at sosialt kompetente barn er bedre rustet til å håndtere stress og ulike psykososiale belastninger (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003; Thuen & Bru, 2004). Studier viser her at slike ungdommer i større grad er i stand til å bakansere egne og andres behov, og samtidig søke sosial støtte hos betydningsfulle andre (Thuen & Bru, 2004).

Motsatt har lav grad av sosial kompetanse ofte blitt koblet til fremtredelse av symptomer på depresjon ved at slik kompetanse bidrar til å regulere både selvkontroll og mestring på flere områder (Bornstein, Hahn & Haynes, 2010). Dagens moderne samfunn stiller store krav til slik kompetanse, ettersom mye av sosialiseringen i dag foregår på flere ulike sosiale arenaer. Gjennom utviklingen av sosiale medier har det blitt en allmenn forventning om å være sosialt synlig og kontinuerlig tilgjengelig. Dette har blitt knyttet til økt stress hos ungdommen, og således vist seg å få konsekvenser for den unges psykiske helse (Kraut et al., 1998). Hva er det så som påvirker den psykiske helse hos norsk ungdom, og er det fortsatt hensiktsmessig å betrakte sosial kompetanse som en beskyttelsesfaktor i dagens moderne samfunn?

2. Teoretisk modell

2.1. Transaksjonelt perspektiv: En integrativ forståelse av symptomutvikling hos ungdom

Denne studien er inspirert av flere teoretiske perspektiver og modeller, da det finnes mange utviklingsveier til symptomer på depresjon hos ungdom. Studiens overordnede, teoretiske

forståelse er hentet fra et transaksjonelt perspektiv, som fremmer at utviklingsprosesser til enhver tid er påvirket av et gjensidig samspill mellom individets biologisk utrustning og dets ulike psykososiale systemer (Sameroff & McKenzie, 2003). En slik forståelse er i tråd med Bronfenbrenners bio-økologiske modell (Bronfenbrenner, 1979). Individet er således et resultat av kvalitative transformasjoner over tid, der det på komplekse måter påvirker, men også blir påvirket av, sitt psykososiale miljø (ibid).

Det transaksjonelle perspektivet utgjør et overordnet rammeverk for å forstå barn og unges utvikling, og det finnes derfor flere undergrupper av modeller (Sameroff & MacKenzie, 2003). Denne studien er særskilt inspirert av utviklingspsykopatologisk modell og stress-sårbarhetsmodell. Utviklingspsykopatologisk modell fokuserer på spillet blant de biologiske, psykologiske, og sosio-kulturelle aspektene til normal og abnormal utvikling gjennom livsløpet, og benytter prinsipper om risiko og beskyttelse i forståelsen av ungdommens tilpasning (Cicchetti, 2006). Timingen for når man utsettes for risikofaktorer antas å være kritisk, ettersom det vil være ulik påvirkning på den unges tilpasning, avhengig av barnets alder og modenhet (Essex et al., 2003). Med en slik forståelse anses symptomer på depresjon som et resultat av en dynamisk interaksjon mellom karakteristikk hos ungdommen og ulike risikofaktorer i ungdommens psykososiale miljø.

Videre kan psykososiale risikoforhold tenkes å ha en direkte så vel som indirekte påvirkning på symptomutvikling av depresjon hos ungdom ved at ungdom på ulike måter er predisponert med individuelle terskler i møte med stress. Stress-sårbarhetsmodellen anvendes i forståelsen av relasjonen mellom psykososiale faktorer og individuelle karakteristikk, der ulike stressorer øker risikoen for å utløse individes underliggende sårbarhet. Dersom den medfødte risikoen er lav og det foreligger beskyttende faktorer, kan ungdommen unngå å utvikle depressive symptomer, til tross for at sårbarhet er tilstede. På denne måten settes arv- og miljøkomponenter sammen i et komplekst samspill. En slik sårbarhet blir i denne oppgaven representert ved ulike manifesteringer av temperamentstrekk hos ungdom, slik som beskrevet av Nigg (2006). Både utviklingspsykopatologisk modell og stress-sårbarhetsmodell er således i tråd med det overordnede transaksjonelle perspektivet ved å betrakte den unges tilpasning som et resultat av dynamiske prosesser mellom karakteristikk hos ungdomen og ungdommens psykososiale miljø.

3. Risiko- og beskyttelsesfaktorer

I en stortingsmelding fra 2002 vises det til at norsk ungdom går for å være blant de friskeste i verden (Stortingsmelding, 02/03). Til tross for dette antyder norske studier at om lag 15-20 prosent av ungdomsbefolkningen har så store psykiske vansker at de har behov for profesjonell hjelp, og at opp til 5 prosent av den norske ungdomsbefolkningen har så alvorlige symptomer på depressive symptomer at de tilfredsstiller kravene til en diagnostiserbar lidelse (Wichstrøm, 1999). Selv om forekomst vil variere både med informantgruppe og målemetode, har forskning vist at depresjon utgjør en av de klart største grupper av psykiske vansker. Begrepet depresjon har gjennomgått en rekke endringer de siste tiår. Før 1970 ble symptomer på depresjon hovedsakelig ansett for å tilhøre den voksne befolkningen, og depressive symptomer i ungdomsperioden ble ansett for å kun reflektere normale humørsvingninger (Rutter et al., 2008). Forskning har vist at depresjon som lidelse er svært sjeldent i barneårene, men at symptomer på depresjon øker markant fra tidlig tenår. Depressive vansker har derfor i de siste tiår blitt betraktet som en heterogen tilstand som fremtrer gjennom en rekke ulike utviklingsveier (Cicchetti & Toth, 1998).

Generelt viser depresjon i barne- og ungdomsårene til en opplevelse av tristhet, kjedsommelighet, irritasjon, tilbaketrekning og tap av glede og interesser (Rutter et al., 2008). På denne måten er ikke en depresjonslidelse skarpt avgrenset til normal sorg eller svingninger i stemningsleie. Først når symptomene blir mange, og opptrer i så stor grad at det hindrer personen i å fungere funksjonelt, vil et slikt symptomtrykk tilfredsstille kriteriene til en lidelse. En bør derfor se på mer enn isolerte avvik ved biologiske, kognitive, affektive eller interpersonlige komponenter, og heller tilstrebe å forstå et integrert mønster av slike vansker. På denne måten vil ungdom som ikke tilfredsstiller kriteriene for en diagnose, men som har mange symptomer på depresjon, også kunne oppleve funksjonsnedsettelse i dagliglivet. Studier indikerer at rundt 15-20 % av ungdoms- befolkningen vil ha så høye nivåer av depressive symptomer at det fører til et nedsatt funksjonsnivå (Lee, Hankin & Mermelstein, 2010; Wichstrøm, 1999). I tillegg må man regne med store mørketall. Videre vil hva som defineres som normalt eller avvikende være knyttet til de generelle, kulturelle og samfunnsmessige forventningene man har til den unges utviklingsperiode (Rutter et al., 2008). Enkelte studier har avdekket at barn og unge med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn har noe flere symptomer på depresjon enn andre (Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2003). Imidlertid

tyder forskning på at forskjellene er relativt små, og at det er stor variasjon mellom grupper av innvandrere (Oppedal & Røysamb, 2004).

Overnevnte studier illustrerer viktigheten av å vurdere symptom opp mot funksjon, da det ofte er glidende overganger mellom psykiske lidelser og vansker. I de senere år har en rekke studier forsøkt å avdekke hvilke psykososiale faktorer som henger sammen med symptomer på depresjon hos ungdom (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003). Dette har resultert i at mange studier har undersøkt forholdet mellom ulike former for tilpasning og mestring hos individet på tvers av ulike utviklingsperioder. Fokus har her variert fra konkrete individuelle faktorer, til ulike karakteristikk ved ungdommens psykososiale miljø. Ettersom hovedandelen av forskningen på depressive vansker har fokusert på kliniske populasjoner, understreker disse studiene viktigheten av å rette fokus mot slike vansker i en normalpopulasjon

3.1 Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø

3.1.1. Enslighet hos mor

Tatt i betraktning ulik genetisk utrustning og den dokumenterte forskjellen i depressive symptomer mellom kjønnene, viser forskning generelt at ungdoms psykiske helse er forbundet med hvordan ungdommen har det i familien (Dickstein et al., 1998; Roustit, Basile & Pierre, 2007). En rekke studier viser at miljøfaktorer kan påvirke utvikling av depresjonssymptomer gjennom å virke utløsende på eksisterende sårbarhet (Mykletun & Knudsen, 2009). Norge har, som del av den vestlige industrialiserte verden, gjennomgått en rekke forandringer de siste tiårene, hvor de moderne samlivsformer har bidratt til store forandringer i det tradisjonelle familiemønsteret (Avison, Ali & Walters, 2007; Knight, 2007; Wu et al., 2008). Tall fra statistisk sentralbyrå i januar 2011 viste at den mest utbredte familiestrukturen for ungdommer i Norge fortsatt er den tradisjonelle "kjernefamilien". Samtidig viser befolkningsmålinger at flere skiller lag i dag enn for 30 år siden, og at ett av fire barn bare bor med én forelder, oftest mor (SSB). Hvert år opplever mellom 11 000 og 12 000 barn i Norge at foreldrene skilles. Disse tallene samsvarer med forskningsfeltet for øvrig, som viser at det ikke lenger er uvanlig å vokse opp i et hjem bestående av kun en forelder (Knight, 2007; Mowbray et al., 2004).

Til tross for at de fleste barn med tid tilpasser seg en skillsmissesituasjon, har forskning likevel vist at samlivsbrudd utgjør en risikofaktor for den unges tilpasning og psykiske helse

(Amato & Keith, 1991; Amato, 2000; Breivik & Olweus, 2006; Lau et al., 2007; Roustit, Basile, Pierre, 2007; Størksen, Røysamb, Holmen & Tambs, 2006). Studier indikerer her at skillsmisse som hendelse øker den emosjonelle sårbarheten hos ungdommen, noe som igjen øker sannsynligheten for å utvikle tilpasningsvansker innenfor akademiske, sosiale og psykiske områder (Kelly & Emery, 2003). Disse resultatene er i tråd med stress-sårbarhetsteori, som antyder at det ikke nødvendigvis er skillsmissen i seg selv som utgjør en risiko for utvikling av depressive symptomer, men at det heller handler om en gjensidig prosess der ulike psykososiale stressorer kan virke utløsende på enkeltindividets biologiske sårbarhet, både før, under og etter skillsmissen (Amato, 2000; Avison, Ali & Walters, 2007; Barrett & Turner, 2005; Fergusson & Lynskey, 1996; Lau et al, 2007). Forskning har pekt på stress knyttet til finansielle vansker og sosial isolasjon, noe som igjen har hatt en negativ effekt på relasjonen mellom forelderen og ungdommen (Afifi, Cox & Enns, 2006). Conger og kollegaer (1994) viste eksempelvis i sin studie at mødre som var presset økonomisk utviste en mer fiendtlig tilnærming til barnet, og at dette senere var assosiert med økt sannsynlighet for utvikling av depressive symptomer i ungdomsalder.

3.1.2. Emosjonelle vansker hos mor

Tilsvarende som hos ungdom viser forskning at depresjon er blant de vanligste psykiske vanskene blant voksne (Mykletun & Knudsen, 2009). Norske undersøkelser indikerer at om lag 10-15 % av den voksne befolkningen til enhver tid er betydelig plaget av symptomer på emosjonelle vansker (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Den nokså høye forekomsten av emosjonelle vansker i befolkningen gjør at et stort antall ungdom vokser opp i et hjem der en eller begge av foreldrene har emosjonelle vansker. Studier antyder at minst 65 000 barn i Norge under 18 år lever med en forelder som får behandling innen psykisk helsevern.

Undersøkelser har gjentatte ganger vist at ungdom som vokser opp i et hjem med mødre med langvarige eller tilbakevendende episodiske, emosjonelle vansker, selv står i risiko for både å utvikle emosjonelle, atferdsmessige, kognitive og sosiale vansker (Lau et al., 2007).

Depresjon hos mor står således i en særstilling som risikofaktor, ettersom den har vist seg å være sterkt knyttet til alle former for psykiske vansker hos ungdom (Mathiesen & Sanson, 2000). Eksempelvis viser forskning at mødre med et høyt emosjonelt symptomtrykk trekker seg mer tilbake og utviser et mer ustabilt humør i form av mer irritabilitet, kritikk og bekymring, sammenliknet med mødre uten slike symptomer (Cicchetti & Toth, 1998). Studier viser også at mødre med emosjonelle vansker generelt er mindre tilgjengelige for sine barn,

og i større grad preges av et negativt tankesett som gjør at de oftere opplever ungdommen som utidig og krevende (Dickstein et al., 1998; Frye & Garber, 2005; Whaley, Pinto & Sigman, 1999). Dette kan være med på å skape et psykososialt miljø der ungdommen i større grad utsettes for kronisk eller episodisk stress, som igjen er blitt assosiert med negative konsekvenser for ungdommen gjennom den emosjonelle kvaliteten dette har på samspillet mellom mor og barn (Champion et al., 2009; Goodman & Gotlib, 1999; Whaley, Pinto & Sigman, 1999). Et slikt negativt samspill setter barnet i risiko for å utvikle reguleringsvansker, og kan igjen påvirke ungdommens tilpasning til sosiale erfaringer på andre arenaer. Forskning viser bl.a. at disse ungdommene oftere har større vansker på skolen, er mindre sosialt kompetente og vurderes for å ha lavere grad av selvtillitt sammenliknet med ungdom som vokser opp med mødre uten slike vansker (Cumming & Davies, 1994; Goodman & Gotlib, 1999). Tatt i betraktning at emosjonelle vansker ofte er episodiske av natur, vil det være sannsynlig at slike vansker også vil kunne påvirke den unge gjennom mer enn én utviklingsfase (Mowbray et al., 2004). Longitudielle studier har vist at disse ungdommene står i økt risiko for å senere utvikle emosjonelle vansker i voksen alder (Fergusson & Woodward, 2002).

Oppsummert tyder forskning på at mors enslige status og emosjonelle vansker utgjør to viktige og betydningsfulle risikofaktorer for utvikling av symptomer på depresjon hos ungdom (Champion et al., 2009; Dickstein et al., 1998; Frye & Garber, 2005; Mowbray et al., 2004; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003; Whaley, Pinto & Sigman, 1999). Forskning viser videre at mors enslige status og emosjonelle tilstand ikke nødvendigvis er representert som risikomomenter i seg selv, men at risikoen trolig heller kan relateres til følgeefferter av generelt stress i form av daglige belastninger. På den andre siden er den enkelte ungdom ikke en passiv mottaker av sitt miljø, men en kontinuerlig utøvende aktør som påvirker sitt sosiale miljø på en dynamisk måte (Hammen, Burge & Stansbury, 1990). Eksempelvis viser forskning at ungdom med høy grad av depressive symptomer, i tillegg til å være mer sensitiv mot stress, gjerne utsetter seg selv og andre for mer daglig stress, sammenliknet med ungdom med lavere grad av slike symptomer (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003). Videre er det ikke slik at alle vansker hos mor fører til nedsatt omsorgsevne, og heller ikke slik at alle ungdommer som vokser opp med en forelder med psykiske vansker, selv utvikler symptomer på depresjon (Mowbray et al., 2004). De fleste barn og unge viser overraskende stor tilpasningsdyktighet og vil klare seg bra på sikt (Masten et al., 1995). Så hvilke faktorer er det

så som spiller positivt inn på ungdommens psykiske helse, og hva er det som gjør at noen ungdommer er bedre rustet til hanskes med slike utfordringer?

3.2. Karakteristikk hos ungdommen

3.2.1. Kjønn

I de senere år har kjønnsdimensjonens rolle i utvikling og påvirkning på ungdoms psykiske helse fått økende oppmerksomhet (Crick & Zahn-Waxler, 2003). Forskning viser at både andel og utbredelse av depressive symptomer varierer på tvers av kjønnene, og i samsvar med den enkeltes utviklingsperiode (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Generelt viser studier at det foreligger relativt små kjønnsforskjeller i forekomsten av psykiske vansker frem til 6 års alder. Deretter viser studier at gutter dominerer slik forekomst i alderen 6-12 år, før trenden snus etter puberteten hvor to av tre med psykiske vansker er jenter (Angold, Costello & Worthman, 1998; Costello et al., 2003; Mathiesen, Sanson, Stoolmiller & Karevold, 2009; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003). Mange forskere har knyttet kjønnsforskjellene opp mot stress-respons systemet, og de biologiske- og hormonelle forandringer som kommer til syne i den tidlige ungdomsfasen. Forskere har her pekt på aksellerering av ulik sosialisering mellom kjønnene i de tidlige ungdomsårene, der den økte forekomst av depressive symptomer hos jenter har blitt knyttet til en raskere biologisk modning (Wichstrøm, 1999). Andre studier har vist at jenter i denne alderen er mer reaktive til interpersonlig stress, og derfor er mer sårbare for å utvikle depressive trekk sammenliknet med gutter (Shih, Eberhart, Hammen & Brennan, 2006). En tredje gruppe teoretikere har forklart denne forskjellen med å hevde at både manifestasjonen av, og forløpere til depressive vansker kan være forskjellig fra gutter og jenter, men at vanskene uttrykkes på ulike måter i tråd med kjønnstypisk atferd (Crick & Zahn-Waxler, 2003).

3.2.2 Ungdommens medfødte forutsetninger: Temperament

Temperament blir av mange betraktet som individuelle særtrekk i barnets måte å reagere på ovenfor et sett av stimuli (Buss & Plomin, 1984). Historisk sett har temperamentsbegrepet spilt en sentral rolle i variasjonstenkningen om mennesket genetiske sårbarhet (Nigg, 2006; Middeldorp, Cath, Van Dyck & Boomsma, 2005; Lengua & Sandler, 1996). Norske undersøkelser viser gjennomgående sammenheng mellom ulike temperamentstrekk og symptomer på depresjon (Mathiesen & Sanson, 2000). Temperament kan på denne måten

forstås både som en risiko- eller beskyttelsesfaktor avhengig av hvordan begrepet konseptualiseres, og hvilke omstendigheter som foreligger. Typiske trekk det forskes mye på i dag er aktivitet, skyhet, sosialitet og emosjonalitet (Karevold, 2008). Mer nylig har selvkontroll også kommet til som et viktig temperamentstrekk. Studier av selvkontroll viser at barn lettere mestrer stress og belastninger, dersom de har gode kognitive evner og positive temperamentstrekk, slik som høy grad av fleksibilitet og sosialitet. Slike barn søker også lettere andre for hjelp og støtte, noe som minsker risikoen for å bli rammet av negative effekter av ulike belastninger (Mathiesen & Prior, 2006). Motsatt har forskning vist at barn som i stor grad besitter temperamentstrekket negativ emosjonalitet, oftere blir møtt med aggresjon og mindre tålmodighet og ros fra foreldrene (Rutter et al, 2008). På denne måten kan barn med et såkalt vanskelig temperament ha medfødte, psykologiske forankrede særtrekk som preger deres naturlige aktivitet på måter som gjør at de kan oppleves som særlig vanskelig å oppdra og sosialisere. En slik atferdsmessig stil kan dermed gjøre barnet utsatt for å komme i dårlig samsvar med sine omgivelser. Man har her særlig funnet sammenhenger mellom temperamentstrekket emosjonalitet og symptomer på depresjon (Karevold, 2008; Mathiesen & Sanson, 2000). På denne måten har det vært vanlig å se temperament som et medfødt og biologisk konstrukt ved menneskets personlighet (Ruschena, Prior, Sanson & Smart, 2005).

3.2.3. Ungdommens sosiale kompetanse

Til tross for at vi alle fødes inn i en sosial verden med en relativ lik genetisk utrustning, blir vi likevel kontinuerlig konfrontert og utfordret av hverandres forskjeller. En individuell faktor som har fått særlig oppmerksomhet er den unges sosiale kompetanse (Walsh, Dawson & Mattingly, 2010). Sosial kompetanse er et komplekst begrep som kan defineres snevert så vel som bredt. En videre definisjon av begrepet legger vekt på den sosiale kompetanses betydning for den unges tilpasning og mestring i nye situasjoner og omhandler ”et sett av ferdigheter, kunnskap og holdninger som trengs for å mestre ulike sosiale miljøer, som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde relasjoner, og som bidrar til å øke trivsel og fremme utvikling” (Garbarino, 1985). Fremfor å referere til en enkel egenskap eller evne, pekes det her mot en sammensetning av kunnskap, forståelse, ferdigheter og emosjonelle responser. I tillegg kommer sansemotoriske- og kommunikative aspekter, som på ulike måter spiller inn, avhengig ungdommens situasjon og utviklingsfase. Ungdomsårene er en utviklingsperiode preget av mange følelser og raskt synlige forandringer i individets fysikk og væremåte som

følge av igangsetting av en rekke biologiske, kognitive og sosiale prosesser (Hurrelmann & Richter, 2006). I denne perioden får forhold til andre en utvidet plass og betydning, noe som fordrer at den unge tilpasser seg en videre sosial kontekst enn i tidligere utviklingsfaser. Disse forandringene legger et betydelig press på den unges psykiske helse, og forskning viser at det nettopp er i tenårene at de fleste psykiske lidelsene debutterer (Rutter et al., 2008). Sosial kompetanse er forstått som et sentralt element ved utviklingsteori ved at den manifesteres i form av emosjonell selvregulering, sosial kognisjon og prososiale relasjoner med familie, venner og fremmede mennesker (Bornstein, Hahn & Haynes, 2010). På denne måten har sosial kompetanse i en årrekke blitt betraktet som en viktig komponent i psykisk velvære.

Sosial kompetanse omfatter sosiale ferdigheter og kunnskap om hvordan slike ferdigheter kan anvendes. Den unge må ha kunnskap om hvilke kvaliteter som kreves i ulike situasjoner, og samtidig kunne vurdere hvilke ferdigheter det er riktig å benytte til enhver tid. Videre vil mestring av utviklingsoppgaver, i tillegg til å reflektere et universelt og menneskelig fenomen, også innebære kultur- og historiespesifikke oppgaver som ikke er universelle (Masten & Coatsworth, 1998). For ungdom i et individualistisk samfunn som Norge vil utviklingsoppgaven gjerne omhandle ferdigheter som å oppnå gode akademiske resultater, ta del i ulike fritidsaktiviteter, forme nære vennskap til andre, i tillegg til å forme et sammenhengende og helhetlig selv og identitet (ibid). Det handler om å aktivt kunne dekke egne behov og mål, samtidig som man er i stand til å regulere seg selv i samhandling med andre (Tetzchner, 2001). Således har sosial kompetanse gjerne blitt betraktet som en grunnleggende forutsetning for at ungdom skal kunne klare å forholde seg til og forhandle i en sosial virkelighet, og dermed blitt knyttet til positiv mestring av ulike utviklingsoppgaver (Burt, Obradovic, Long & Masten, 2008; Masten & Coatsworth, 1998; Masten et al., 1995). Eksempelvis viser forskning at ungdom med god sosial kompetanse er bedre rustet til å håndtere stress og ulike psykososiale belastninger ved at de i større grad klarer å balansere egne og andres behov, i tillegg til å søke sosial støtte når de trenger det (Thuen & Bru, 2004; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003). Lee, Hankin og Mermelstein (2010) viste i sin studie at ungdom med høy grad av sosial kompetanse, var mer nøyaktig i sin kommunikasjon, løste konflikter på en mer effektiv måte og oftere hadde en mer positiv oppfatning av seg selv og egen kompetanse i møte med stressende utfordringer. Dette samsvarer med en norsk studie som viste at symptomnivået hos ungdom mellom 13 og 15 år var forbundet med både støtten

de fikk fra venner, samt følelse av trygghet og tilhørighet til nabolaget og ulike fritidsaktiviteter (Helland & Mathiesen, 2009).

Motsatt har lav grad av sosial kompetanse ofte blitt koblet til en rekke ugunstige utviklingsforhold (Lee, Hankin & Mermelstein, 2010). Ungdom som i liten grad besitter slik kompetanse, synes oftere å ha vansker med å etablere og opprettholde relasjoner, samtidig som de oftere presterer dårligere på skolen enn sine jevnaldrende uten slike symptomer (Lee, Hankin og Mermelstein, 2010; Masten et al., 2005). Slike resultater er i tråd med atferdsbeskrivelser gitt i diagnosesystemene, der nettopp mangel på gode sosiale ferdigheter og relasjoner utgjør et sentralt element ved de fleste diagnoser (WHO ICD-10). Forskning har også vist at psykososialt stress forbundet med kvaliteten på mor- barn relasjonen, kan påvirke ungdommens evne til å etablere trygge og gode relasjoner utenfor hjemme (Lewis, Feiring & Rosenhalt, 2000). Eksempelvis er det vist at ungdom av mødre med emosjonelle vansker utviser signifikant større tilpasningsvansker i form av negativ interaksjon og kognisjon, sammenliknet med ungdom av mødre med færre symptomer. Andre forskere har vist til at forholdet mellom sosial kompetanse og stressende miljøbelastninger i barndommen vil variere som en funksjon av barnets iboende karakteristikk, så vel som kvaliteter ved barnets oppvekstmiljø (Bornstein, Hahn & Haynes, 2010; Hammen, Burge & Stansbury, 1990; Hurrelmann & Richter, 2006; Mathiesen & Prior, 2006). Overnevnte funn støtter hypotesen om at sosial kompetanse spiller en sentral rolle i forekomst av depressive symptomer hos ungdom ved at den har som funksjon å regulere både selvkontroll og mestring på flere områder.

3.3. Oppsummering

Både norske og internasjonale studier viser at ungdomsårene generelt er preget av en god psykisk helse, og at de fleste som opplever tidsavgrensende perioder med symptomer på depresjon, overkommer dette uten å nå et psykopatologisk symptomnivå (Stortingsmelding, 02/03). Derimot viser forskning at symptomer på depresjon øker sterkt fra 13 års alder, og at slike symptomer forsterkes dersom flere risikofaktorer samvarierer i stor grad og over tid (Fergusson & Lynskey, 1996; Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Det å vokse opp i et hjem med en enslig mor som i høy grad er preget av emosjonelle vansker, har gjentagende blitt trukket frem som to viktige, og angivelig vanlige, risikofaktorer forbundet med utvikling av symptomer på depresjon hos ungdom. I tillegg indikerer forskning at jenter står i en noe større risiko for å utvikle slike vansker, ettersom undersøkelser viser at jenter har en tendens

til å reagere sterkere på interpersonlig stress, sammenliknet med gutter (Shih, Eberhartm, Hammen & Brennan, 1996).

Samtidig viser forskning at den unges tilpasning og psykiske helse kontinuerlig er påvirket av et dynamisk forhold mellom biologiske og miljømessige faktorer (Hicks, DiRago, Iacono & McGue, 2009). Forskning har særlig pekt på temperament som en viktig individuell bidragsyter i utvikling av depressive symptomer, ved å vise til at store deler av den genetiske påvirkningen trolig virker via temperamentstrekk i ungdommens samhandling med andre. På denne måten kan ungdommens medfødte særtrekk påvirke deres naturlige atferdsstil som er av betydning for hvordan ungdommen samhandler med sine omgivelser. Således har temperament både blitt betraktet som et biologisk, betinget konstrukt ved menneskelig atferd (Ruschena, Prior, Sanson & Smart, 2005). Forskningen viser gjennomgående sammenheng mellom temperamenttrekk og ulike symptomer på depresjon i ungdomsårene, med særlig vekt på temperamentstrekket emosjonalitet (Karevold et al., 2010; Sanson et al., 2009). Lav nivå av temperamentstrekket emosjonalitet har igjen vist seg å være assosiert med høy grad av sosial kompetanse (Mathiesen & Prior, 2006).

Det å mestre sosialt samvær med andre på en god måte er viktig for psykisk velvære. Motsatt har depresjon blitt koblet til en rekke negative livsområder, spesielt sosial fungering (Lee, Hankin & Mermelstein, 2010). Sosial kompetanse har derfor gjentagende blitt trukket frem som en beskyttelsesfaktor mot utvikling av symptomer på depresjon (Thuen & Bru, 2004; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003). Forskning viser at ungdom som i høy grad besitter slik kompetanse er bedre rustet til å håndtere stress og ulike psykososiale belastninger, blant annet ved å søke sosial støtte og balansere egne og andres behov (Thuen & Bru, 2004; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003). På bakgrunn av dette utgjør sosial kompetanse en mekanisme som kan være til hjelp i forståelsen av forholdet mellom det å vokse opp i et hjem med multippel risiko og utvikling av depressive symptomer hos ungdommen (Lee, Hankin & Mermelstein, 2010).

4. Målsetninger og studiens bidrag

4.1. Studiens mål

Hensikten med denne studien var todelt: For det første ønsket vi å evaluere nyere teori og forskning relatert til utvikling av symptomer på depresjon hos ungdom, og undersøke om etablerte risikofaktorer bekreftes i en norsk normalpopulasjon. For det andre ønsket vi å undersøke sosial kompetanse som beskyttende faktor i møte med slike risikoforhold. Til tross for at forskning har vist at depressive vansker vil være mer prevalent i familier med mange belastninger, er det fortsatt ukjent hvordan slike risikofaktorene opererer sammen og hvordan de virker i ulike utviklingsperioder (Essex et al., 2003).

4.1.1. Identifisere multiple risikoforholds sammenheng med symptomer på depresjon hos ungdom

Med støtte i forskning ønsket vi å se på to etablerte og viktige, men angivelig også vanlige, risikoforhold som antas å stå sentralt i utvikling av depressive symptomer hos ungdommen: emosjonelle vansker hos mor og mors enslige status (Karevold, Røysamb, Ystrøm & Mathiesen, 2009). Få studier har sett på den samlede påvirkning av mors emosjonelle vansker og det å være enslig på utvikling av symptomer på depresjon hos ungdommen (Essex et. al., 2000). Videre har mesteparten av forskningen på depressive symptomer hos ungdom som vokser opp med foreldre med emosjonelle vansker oftest inntatt en sykdomsorientert tilnærming, og da med utgangspunkt i kliniske populasjoner (Mowbray et al., 2004; Foster, Garber & Durlak, 2008). Fremfor å fokusere på kategoriske og kvalitative avvik, ønsket vi derfor i denne studien å undersøke kvantitative dimensjoner i symptomutvikling på depresjon, med fokus på globale symptomer som nedsetter funksjon, men som ikke tilfredsstiller krav til lidelse. Vi anså dette for å være særskilt viktig da forskning har vist at subterskelnivåer av depressive symptomer utgjør en 2/3 risiko for å senere få en klinisk diagnose (Fergusson & Woodward, 2002; Lau et al., 2007). Legger man til forskning som viser at hovedandelen av psykiske vansker og lidelser debuterer i ungdomsårene, gir dette ytterligere støtte for viktigheten av å rette fokus mot både risiko- og beskyttelsesforhold innenfor denne aldersgruppens kontekstuelle ramme (Rutter et al, 2008). Målet med studien var derfor å trekke inn både psykososiale risiko- og beskyttende faktorer i et og samme materiale, for å på denne måten bidra med nyttig kunnskap om tidlig symptomutvikling hos ungdom. Slik

kunnskap ble igjen antatt å utgjøre en viktig plattform for forebygging av symptomutvikling av depresjon hos ungdom.

En annen viktig begresning i forskningslitteraturen har til nå vært at barn og ungdom ofte har vært behandlet som en homogen gruppe. Kun et mindretall har fokusert på ungdom som en egen gruppe. Videre har oppmerksomheten i denne sammenheng hovedsakelig vært rettet mot kognitive aspekter ved depressive vansker. Et mindre antall studier har tatt for seg de emosjonelle og sosiale konsekvensene slike vansker medfører (Eiser, 1998). Tatt i betraktning sannsynligheten for store mørketall av depressive symptomer i ungdomsbefolkningen for øvrig, ønsket vi å imøtekomme denne begresningen ved å se hva slags effekt depressive symptomer har på daglig fungering hos ungdom generelt. Målet var på denne måten å tilføre feltet viktige nyanser i forståelse av ungdom tilpasning (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003). Slik forståelse kan igjen tenkes å gi viktig føringer for annen praksis, og på denne måten også bidra til å skape nyanser i samfunnets generelle holdning til psykiske vansker og lidelser. Videre krever en slik forståelse kunnskap om karakteristikk av både normale og mistilpassede utviklingsbaner, spesielt ettersom rådende teorier og klinisk praksis i stor grad vektlegger kasusformulering med utløsende, opprettholdende og beskyttende faktorer (Carr, 2006; Cicchetti, 2006).

Utvikling fra barndom til ungdom, inkluderer store kognitive, atferdsmessige, emosjonelle og hormonelle endringer. Dersom man vektlegger et utviklingsperspektiv, fordrer dette at man også tar hensyn til kjønnsdimensjonens modererende rolle (Crick & Zahn-Waxler, 2003). Frem til i dag har forskning på kjønn og utvikling av symptomer på depresjon hovedsakelig fokusert på tre hovedområder: evaluering av kjønnsforskjeller i prevalens av depressive symptomer i løpet av barne- og ungdomsårene, betydningen av kjønnsforskjeller i utvikling av depressive symptomer fra barne- og ungdomsårene og videre forløp, og kjønnsforskjeller i måten depressive symptomer manifesteres på (ibid). Lite forskning har blitt gjort på kjønnsdimensjonens rolle i normalvariasjon av symptomer på depresjon (Essex, Klein, Cho & Kraemer, 2003). Videre har slik kjønnsforskning lenge vært dominert av et fokus på gutter, der man hovedsakelig har vært interessert i hovedeffekter (Goodman & Gotlib, 1999). Målet med denne studien var derfor å trekke inn kjønn på lik linje med de øvrige variablene i analysen for å undersøke unike, så vel som interaksjonelle effekter på andre viktige variabler i et normalutvalg (Crick & Zahn-Waxler, 2003).

I tråd med et transaksjonelt perspektiv som vektlegger betydningen av timing for utsettelse for risikofaktorer, anså vi derfor ungdom på terskel inn i tenårene for å utgjøre en interessant gruppe. Denne perioden representerer en utviklingsperiode med store endringer på en rekke områder av menneskelig fungering (Hurrelmann & Richter, 2006). Det overordnede målet i denne studien var derfor å få kunnskap om mønstre og sammenhenger som kan hindre eller dempe skjevutvikling hos ungdom i normalbefolkningen (Mowbray et al., 2004).

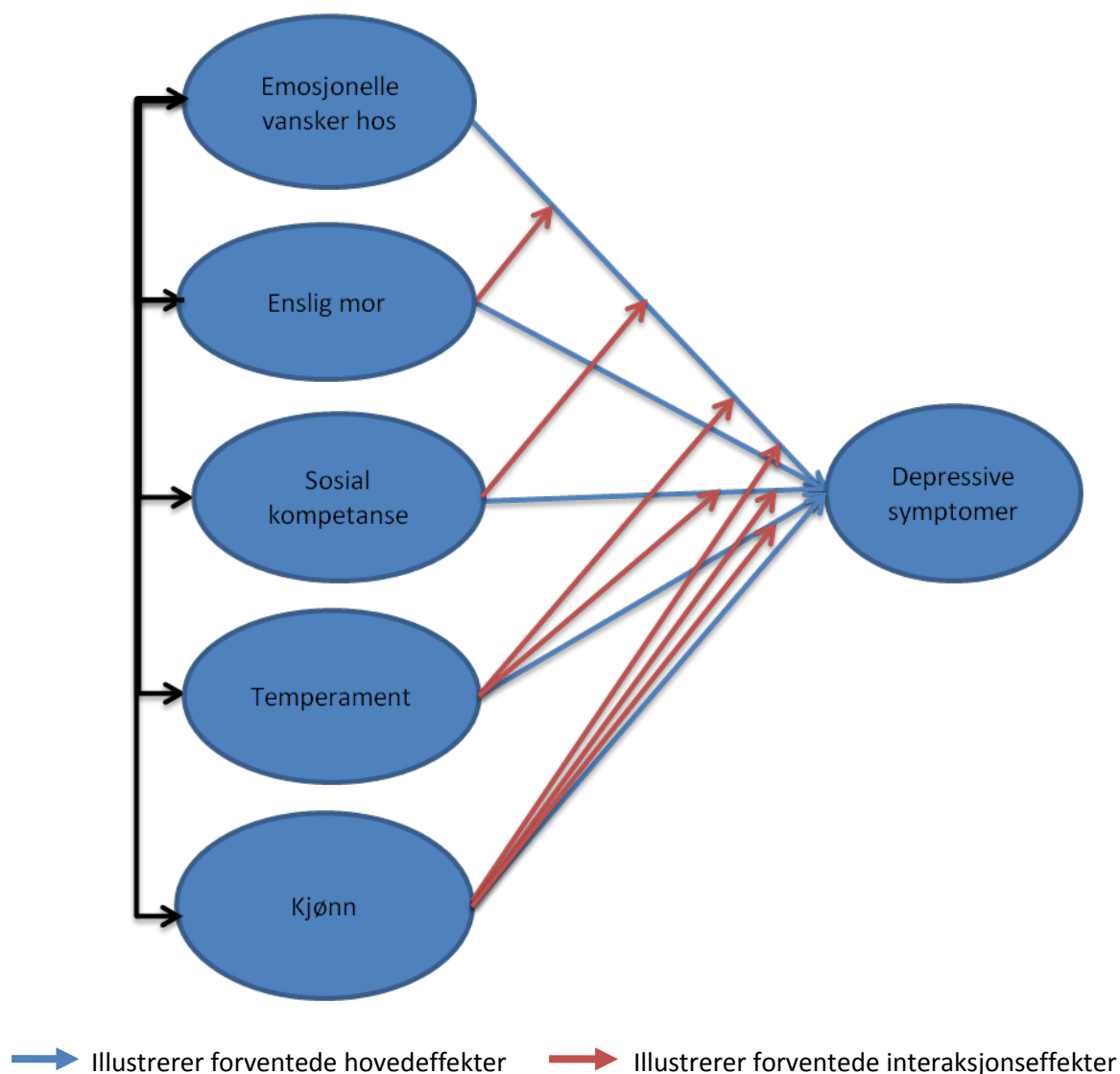
4.1.2. Undersøke om sosial kompetanse fortsatt er å betrakte som en beskyttende faktor i møte med flere risikoforhold

I tillegg til å undersøke multiple risikoforholds sammenheng med nivå av symptomer på depresjon hos ungdom, var vårt andre mål å undersøke hvorvidt sosial kompetanse opptrer som en beskyttende faktor i ungdommens møte med hverdagslige stressorer. Kunnskap om sosiale relasjoner blir gjerne betraktet som et av kjerneområdene i menneskets utvikling, ettersom vi allerede fra fødselen av er innrettet mot sosial stimulering og sosial deltagelse (Rutter et al., 2008). Hovedandelen av forskningen på ungdom av foreldre med emosjonelle vansker har generelt fokusert på hva slags effekt foreldrenes emosjonelle vansker har på ungdommens egen psykiske helse. Lite oppmerksomhet har blitt viet til andre funksjonsområder hos ungdommen, slik som sosiale- og atferdsmessige områder (Mowbray et al., 2004). Vi ønsket å møte denne begresningen ved å trekke inn sosial kompetanse som en beskyttende faktor, og dermed innta et mer ressursorientert fokus. Dagens moderne samfunn krever at ungdom forholder seg til andre på flere sosiale arenaer enn tidligere. På denne måten stilles større krav til sosial mestring og selvregulering enn tidligere. Økt bruk av sosiale medier har blitt assosiert med mindre direkte sosial involvering både i og utenfor hjemmet (Kraut et al., 1998). I tillegg har stor grad av sosial mediebruk blitt assosiert med økt nivå av symptomer på depresjon hos ungdommen (ibid). På bakgrunn av dette ønsket vi å undersøke om sosial kompetanse hadde en unik effekt på nivå av depressive symptomer hos ungdom, når de øvrige predikorene er kontrollert for. Slik kunnskap kan være en viktig komponent ved igangsetting av forebyggende- og behandlingsrettede tiltak på et tidlig tidspunkt.

4.2. Syntesemodell

4.2.1. En utviklingssensitiv- og integrativ modell

Denne studien er inspirert av tidligere forskning og transaksjonelle modeller (Goodman & Gotlib, 1999; Grant et al, 2003). Designet er veiledet av en generell konseptuell modell av assosiasjonene mellom ulike stressorer og symptomer på depresjon, og utgjør en psykososial tilnærming med forståelse fra et transaksjonelt perspektiv. Vi utviklet en utviklingssensitiv, integrativ model som inneholder fokus på indre og ytre risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling av symptomer på depresjon hos ungdom. Modellen inneholder både karakteristikk ved mor, så vel som ved ungdommen. Basert på utviklingspsykologiske modeller, vektlegges en dynamisk påvirkning mellom de ulike psykososiale faktorene og ungdommens symptomnivå av depresjon. Vi antar at flere av de foreslåtte mekanismene vil interagere med hverandre og påvirke overføring av risiko. Modellen er derfor en veileder til utforskning av slike interaksjoner.



4.2.2. Hypoteser

Basert på tidligere teori og forskning forventet vi:

- a) et høyere nivå av depressive symptomer hos jenter enn hos gutter
- b) et høyere nivå av depressive symptomer hos ungdom med en enslig mor
- c) et høyere nivå av depressive symptomer hos ungdom som lever med en mor med høyere nivå av emosjonelle vansker
- d) at nivå av temperament hos ungdommen (høyere nivå av emosjonalitet og skyhet, og lavere nivå av aktivitet og sosialitet) har sammenheng med høyere nivå av depressive symptomer hos ungdom
- e) et høyere nivå av depressive symptomer hos ungdom med lavere nivå av sosial kompetanse

I tillegg forventet vi at forholdet mellom nivå av emosjonelle vansker hos mor og nivå av depressive symptomer hos ungdommen er påvirket av:

- a) Kjønn: Å være jente gir sterkere sammenheng
- b) Sivilstatus hos mor: Å være enslig gir sterkere sammenheng
- c) Nivå av temperament hos ungdommen: Økt nivå av emosjonalitet og skyhet gir sterkere sammenheng, lavere nivå av aktivitet og sosialitet gir sterkere sammenheng
- d) Nivå av sosial kompetanse hos ungdommen: God sosial kompetanse gir svakere sammenheng

Sist forventet vi at forholdet mellom nivå av sosial kompetanse hos ungdommen og nivå av depressive symptomer hos ungdommen er avhengig av nivå av ungdommens temperament. Økt nivå av emosjonalitet gir sterkere sammenheng mellom nivå av sosial kompetanse og nivå av depressive symptomer hos ungdommen.

5. Metode

5.1 Datamaterialet

5.1.1 TOPP-studien

Denne oppgaven har fått tilgang på data fra TOPP-studien ”Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid”, et longitudinellt, prospektivt og populasjonsbasert prosjekt. Studien er designet for å undersøke hvordan risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet, barnets temperament, og personlighetsfaktorene til mødrene påvirker mentale helseproblemer og sosial kompetanse blant barn og deres foreldre. Hensikten med TOPP-studien er å skaffe kunnskap om norske barn, ungdom og deres familier som kan sette hjelpeinstansene bedre i stand til å identifisere forløpere til både gode og vanskelige utviklingsforløp. Det å forstå de unges utviklingsprosesser er avgjørende for å kunne fremme optimale oppvekstbetingelser for barn. Slik kunnskap danner bakgrunnen for helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak (Mathiesen et al., 2007). Funnene beskrevet i denne studien baserer seg på mødrenes rapportering av ungdommens symptomer på depresjon, temperament og sosiale ferdigheter, samt mødrenes selvrappotering av emosjonelle vansker. Funnene er med dette basert på mødrerapportering av risiko- og beskyttelsesfaktorer i ungdommen og i ungdommens oppvekstmiljø. Datamaterialet som det ble gitt tilgang til var innsamlet da ungdommene var 12-13 år gamle.

5.1.2 Datainnsamling

TOPP- studien er en longitudinell studie, som i 8 omganger har samlet inn spørreskjemaedata om forhold i hjemmemiljø og om egenskaper ved barn og deres mødre. Spørreskjemaet består av spørsmål fra forskjellige skalaer som måler ulik atferd og symptomer på psykiske vansker, normbrytende atferd og sosiale ferdigheter, i tillegg til informasjon om familie, venner og sosial støtte. Første runde ble gjennomført i 1993 da familiene fikk det første spørreskjemaet ved 18-måneders kontroll ved helsestasjonen. På dette tidspunktet fylte 934 foreldre ut spørreskjemaet. Dette utgjør 87 prosent av ett helt årskull brukere av 19 helsestasjoner fra åtte kommuner/ kommunedeler på Østlandet. Spørreskjemaene ble administrert av helsestasjonsansatte ved T1-T3, og det ble brukt postale spørreskjema ved de suksessive rundene. I de fire første rundene var det mødrene som fylte ut skjemaene, mens mødre og barn fikk hver sine skjemaer fra 12-13 års alder (T5). Vi bruker mødrenes svar fra T5 i denne studien.

5.1.3 Utvalget

5.1.3.1 Svarprosent og frafall

I studiens femte runde forelå det 594 mødrerapporter. Dette utgjør ca 65 prosent av de som besvarte spørsmålene i første runde. 934 mødre fylte ut det første skjemaet da barna var 18 måneder i 1993 (Mathiesen et al., 2007). Basert på frafallsanalyser var det noe større frafall i svar fra mødre til gutter enn mødre til jenter, men dette var ikke signifikant forskjellig. Allikevel er kjønnsfordelingen ganske jevn. Ved tidspunkt 5 var det 46 % gutter 54 % jenter i utvalget (N=589). Det var også noe større frafall i svar fra enslige mødre enn gifte mødre. Fordeling av sivilstatus ved femte tidspunkt var 68 % gifte/samboende og 32 % ugifte/skilte/enker/aleneboende (N=589).

5.1.3.2 Demografiske opplysninger

De 934 mødrene som svarte i første runde tilsvarte 87 prosent av et helt årskull brukere av 19 helsestasjoner fra 8 kommuner/kommunedeler på Østlandet (Mathiesen et al., 2007). 28 % av familiene levde i store byer, 55 % i tettbebygde strøk, og 17 % i landlige områder. Av dem bodde noen ved kysten, noen i innlandet, og noen også i utlandet. Felles for dem alle er imidlertid at de bodde på Østlandet da indeksbarnet var halvannet år (ibid). En liten andel av disse familiene hadde fremmedkulturell bakgrunn. Av økonomiske grunner ble familier med slik bakgrunn som sognet til de aktuelle helsestasjonene kun inkludert i TOPP- studien dersom de behersket norsk godt nok til at de kunne fylle ut skjemaet uten hjelp av tolk. Dette resulterte i at mindre enn tre prosent av barna i det opprinnelige utvalget hadde to foreldre som ikke var etnisk norske.

På tidspunkt 5 var gjennomsnittsalderen til mødrene 41 år. Da det første skjemaet ble fylt ut hadde 47 prosent kun det ene barnet som var med i undersøkelsen. Da barna var 12-13 år oppgav fem av seks av mødrene at de har flere enn ett barn (Mathiesen et al., 2007).

Mødrene og fedrene har tilnærmet like lang utdanning: tre av fire foreldre har enten mer enn 11 års skolegang eller har fullført videregående skole, mens vel halvparten av foreldrene har lengre utdanninger fra universitetet eller høyskole (Mathiesen et al, 2007). Dette speiler at utdanningsnivået i Norge er gjennomgående høyt. Da indeksbarnet var 12-13 år, arbeidet vel halvparten av mødrene, 55 prosent, fulltid utenfor hjemmet, 30 prosent arbeidet deltid utenfor hjemmet, mens 14 prosent ikke hadde betalt arbeid (ibid).

5.2. Etiske retningslinjer

Generelle retningslinjer for forskning har blitt fulgt. TOPP- studien er underlagt de etiske retningslinjer og regler for taushetsplikt som gjelder i Den nasjonale forskningsetiske komité. Alle deltakere i TOPP- studien har gitt skriftlig samtykke. De er informert om at de kan når som helst trekke seg fra studien uten å oppgi grunn. Informasjonen deltakerne gir i TOPP- studien kan ikke gjenkjennes eller spores tilbake til dem, og analysene er gjort på aidentifiserte data (Mathiesen et al., 2007).

5.3. Måleinstrumenter

5.3.1 Måleinstrumenter

I denne delen av oppgaven redegjøres det for utviklingen av mål for de ulike begrepene i syntesemodellen. Måleinstrumentene illustreres i tabellen under (Tabell 1). Høy skår indikerte høyt nivå av den aktuelle atferden/karakteristikken.

Tabell 1: Måleinstrumentene

| Mål | Operasjonell definisjon | Tidspunkt | Validert og oversatt i norsk utvalg |
|---|--|----------------------|---|
| <i>Utfallsvariabel:</i> | | | |
| Depressive symptomer hos ungdom | The Short Mood and Feeling Questionnaire (SMFQ; Angold et al., 1995). | Atferd siste to uker | SMFQ er oversatt, oversatt tilbake og validert i et annet norsk utvalg av ungdom (13-14 år) (Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001). |
| <i>Prediktorvariabler:</i> | | | |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø:</i> | | | |
| Sivilstatus mor | To spørsmål om samboerskap og sivilstatus. | Nå | |
| Emosjonelle vansker mor | 25-item version of the Hopkins Symptom Check List (HSCL-25; (Hesbacher, Rickels, Morris, Newman, & Rosenfeld, 1980). | Atferd siste uken | Reliabiliteten til HSCL har tidligere blitt godt etablert i et norsk utvalg (Tambs & Moum, 1993). |
| | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|---|----------------------|---|
| <i>Karakteristikk hos ungdommen:</i> | | | |
| Kjønn | Spørsmål om barnets kjønn i spørreskjema | Konstant | |
| Temperament | EAS Temperament Survey for Children: Parental ratings for children (Buss & Plomin, 1984). | Atferd siste to uker | En undersøkelse av faktorstrukturen, reliabiliteten og stabiliteten til skalaene i dette datasette har vist at den fulle EAS har akseptable psykometriske egenskaper (Mathiesen & Tambs, 1999). |
| Sosial kompetanse | SSRS Sosial Skills Rating System (Gresham & Elliot, 1990). | Atferd siste to uker | En undersøkelse av faktorstrukturen, reliabiliteten og stabiliteten til den fulle SSRS med dette datasettet har vist at skalaen har akseptable psykometriske egenskaper (Mathiesen & Prior, 2006). Validert i norsk utvalg (Ogden, 1995). |

Temperament:

Temperament ble delt inn i følgende underdimensjoner: *Skyhet* som refererer til tendensen til å bli hemmet og føle seg usikker over for nye mennesker og i nye sosiale situasjoner.

Emosjonalitet som referer til tendensen til å reagere fort og intenst, med uro, protest og irritabilitet. *Aktivitetsnivå* som refererer til ungdommens foretrukne nivå av aktivitet og handlingshastighet, at de pleier å gjøre mange ting, sitter lite rolig. *Sosiabilitet* som refererer til preferansen å være sammen med andre heller enn å være alene (Karevold, 2008).

Sosial kompetanse:

Sosial kompetanse ble delt inn i følgende underdimensjoner: *Samarbeidsevne* som refererer til evnen til å løse oppgaver sammen med andre. *Selvtillit* som referer til å ha selvtillitt eller være trygg på seg selv. *Empati* som refererer til ungdommens evne til å kunne respondere på andre mennesker på en hensiktsmessig måte. *Selvkontroll* som refererer til å ha kontroll over følelsene sine.

Eksempler på spørsmål fra skalaene illustreres i tabell 2.

Tabell 2: Eksempler på spørsmål fra skalaene og svaralternativ

| <i>Målvariabel</i> | <i>Eksempel på spørsmål i skalaen</i> | <i>Svaralternativ</i> |
|---|--|---|
| <i>Utfallsvariabel:</i> | | |
| Depressive symptomer hos ungdommen (SMFQ) | “Er lei seg eller ulykkelig”, ”Er ikke glad for noe”, ”Føler seg lite verdt”, ”Gråter mye”, ” Tenker at han/hun aldri kunne bli så god som andre barn”, ”Føler seg ensom”, | 4-punkts skala.: 1 ’stemmer ikke’, 2 ’stemmer noen ganger’ og 3 ’stemmer’. |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø:</i> | | |
| Sivilstatus mor | Rangere deg selv som: gift (1), ugift (2), separert/skilt (3) eller enke (4) Og ’Har du for tiden en ektefelle/samboer/fast partner’. | 1 ’ja’ og 2 ’nei’ |
| Emosjonelle vansker mor (HSCL-25) | ’Føler deg anspent eller opphisset’, ’Anklager deg selv for ting’, ’Har vanskelig for å sove’, ’Har lite håp for fremtiden’, ’Føler deg nedfor’. | 4-punkts skala 1 ’Ikke i det hele tatt’, 2 ’Litt’, 3 ’En god del’ og 4 ’Svært mye’. |
| <i>Karakteristikk hos ungdommen:</i> | | |

| Kjønn | 'Barnets kjønn' | 1 'gutt' og 2 'jente'. |
|--------------------------|--|---|
| Temperament (EAS) | <p><i>Skyhet:</i> 'Blir lett sjenert', 'Er veldig sosial'(reversert).</p> <p><i>Emosjonalitet:</i>'Blir ofte lei seg', Blir ofte frustrert'.</p> <p><i>Aktivitetsnivå:</i> 'Er vanligvis på farten', Liker å være travelt opptatt hele tiden'.</p> <p><i>Sosiabilitet:</i> 'Liker å være sammen med andre mennesker', Er litt av en enstøing'(reversert).</p> | 5-punkts skala fra 1 'ikke typisk' til 5 'veldig typisk'. |
| Sosial kompetanse (SSRS) | <p><i>Samarbeidsevne:</i> 'Roser andre i familien når de har lyktes med noe', 'Hjelper deg/dere med husarbeidet uten å bli bedt om det'.</p> <p><i>Selvtillit:</i> 'Gir rimelig uttrykk for skuffelse når han/hun ikke lykkes', 'Får lett venner'.</p> <p><i>Empati:</i> 'Ber om lov før hun/han bruker noe som tilhører andre i familien' og 'Kan ta imot ros eller skryt fra venner'.</p> <p><i>Selvkontroll:</i> 'Reagerer forståelig hvis andre barn dytter eller slår', 'Kan styre sinnet sitt i konflikter med barn.</p> | 4-punkts skala: 1 'aldri', 2 'av og til', 3 'ofte' og 4 'svært ofte'. |

5.3.2 Faktoranalyser og reliabilitetsanalyser

Faktoranalyser ble gjennomført for å undersøke hvilke items som skulle inkluderes i skalaene. De items som ikke ladet på samme faktor ble fjernet fra analysen. Det ble laget sumskår med de items som var fornuftig å ta med konseptuelt og basert på statistiske analyser. De ladet på over 0,5.

Vi fant relativt rene faktorer. Leddene innen hver skala ladet høyt på samme faktor, og de andre leddene ladet på noe annet. Her er det grunn til å tro at disse måler det samme, mens de andre måler noe forskjellig. Det var noen faktorer som ladet på flere faktorer, og de har vi fjernet. Andel forklart varians er illustrert i tabell 3.

Basert på dette utviklet vi 12 sumskårer; ”depressive symptomer hos ungdom”, ”emosjonelle vansker hos mor”, ”enslig mor”, ”kjønn”, temperamentsdimensjonene ”skyhet”, ”emosjonalitet”, ”aktivitetsnivå” og ”sosialitet”, og sosial kompetansedimensjonene ”samarbeidsevne”, ”selvtillit”, ”empati” og ”selvkontroll”. Disse er det blitt beregnet alfa-nivå på (tabell 3), og vi har fortolket de som mål på henholdsvis depressive symptomer hos ungdom, emosjonelle vansker hos mor, sivilstatus hos mor, kjønn på ungdommen, temperament hos ungdom (skyhet, aktivitetsnivå, emosjonalitet og sosiabilitet) og sosial kompetanse hos ungdom (samarbeidsevne, selvtillitt, empati og selvkontroll).

Tabell 3: Antall items og cronbach's alpha for variablene

| Variabel | Gjenværende indikatorer | Forkl. var. (%) | Cronbach's Alfa | Merknader |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------|
| Depressive symptomer ungdom | 10 | 43,2 | .84 | 2 fjernet |
| Emosjonelle vansker hos mor | 10 | 52,3 | .87 | 0 fjernet |
| <i>Sosial kompetanse:</i> | | | | |
| Samarbeidsevne | 6 | 38,6 | .75 | 0 fjernet |
| Selvtillit | 6 | 48,7 | .67 | 1 fjernet |
| Empati | 6 | 48,7 | .67 | 1 fjernet |
| Selvkontroll | 6 | 41,1 | .70 | 0 fjernet |
| <i>Temperament:</i> | | | | |
| Skyhet | 4 | 46,8 | .69 | 0 fjernet |
| Aktivitetsnivå | 4 | 65,0 | .81 | 0 fjernet |
| Emosjonalitet | 8 | 48,7 | .86 | 3 fjernet |
| Sosibilitet | 4 | 38,1 | .61 | 0 fjernet |

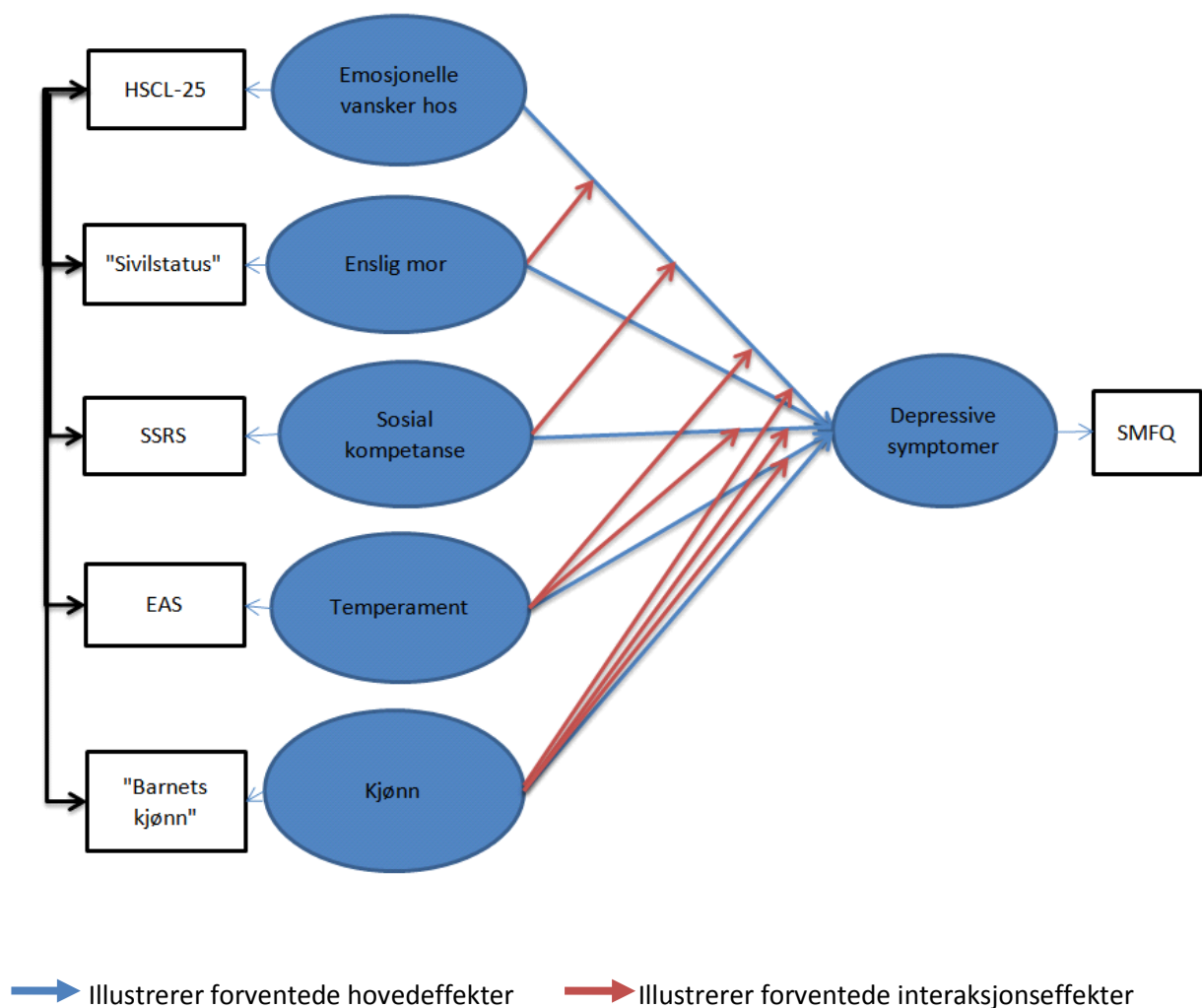
Alle målene i oppgaven ble utviklet basert på teori, tidligere forskning fra TOPP- studien, og funn fra faktor og reliabilitetsanalyser. De er basert på veletablerte skalaer som er kjente måleskalaer for den aktuelle atferden, og har gode psykometriske egenskaper. Alfa-nivåene og faktorstrukturene som ble funnet stemmer overens med funn fra tidligere studier, og begrepene måler det de er ment å måle.

5.4. Statistiske analyser

5.4.1. Foreløpig statistisk modell

Under presenteres den foreløpige statistiske modellen (tabell 4), basert på syntesemodellen. De substansielle vekselvirkningene ble oversatt til statistiske, og de operasjonaliserte begrepene er satt inn. Det er denne som skal testes i analysene.

Tabell 4: Foreløpig statistisk modell



5.4.2 Analytisk strategi

Alle analyser ble gjort med data fra spørreskjema. Både prediktorer og utfallsmål ble trukket fra mødrerapporterte spørsmål. Statistiske analyser ble gjennomført med programvaren PAWS Statistics Versjon 18 for Windows.

Kun de intervjuene hvor informanten hadde svart på alt ble tatt med.

5.4.3 Preliminære analyser: Deskriptive- og korrelasjonsanalyser

Det ble gjennomført preliminære analyser for å forsikre om at forutsetningene for korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyse var tilfredsstillende. Antagelsene ble undersøkt statistisk i SPSS.

Analyser av gjennomsnitt, varians, korrelasjon og standardavvik ble gjort for å informere om sentrale tendenser og variasjoner. Korrelasjonsanalyser ble gjennomført for å informere om bivariate assosiasjoner mellom prediktorvariablene og utfallsvariablen, samt mellom prediktorvariablene.

5.4.4. Multippel lineær regresjonsanalyse

Multippel lineær regresjonsanalyse ble brukt for å avgjøre koeffisientene og korresponderende standardiserte regresjonskoeffisienter (beta) for modellen. Denne analyseformen ble valgt ettersom modellen inkluderer flere uavhengige observasjonsheter målt simultant uten manipulering, en utfallsvariabel, flere prediktorvariabler og et tidspunkt. Det ble gjennomført hierarkisk multippel regresjonsanalyse for å samtidig undersøke hvor mye varians den foreløpige modellen forklarer, hvilke prediktorer som gir unike signifikante bidrag, og undersøke hva sosial kompetanse la til når de andre prediktorene var kontrollert for. Et alfa-nivå på .05 (tohalet) ble brukt gjennomgående i analysene.

5.4.5. Interaksjonsanalyser

Det ble gjennomført interaksjonsanalyser basert på forventinger fra teori og tidligere forskning som inkludert i modellen. Prediktorvariablene ble midtsentrert, og interaksjonsleddene ble laget ved å multiplisere midtsentrerte prediktorvariabler.

5.4.6. Mediatoranalyser

Mediatoranalyser med Baron og Kenny's (1986) fire steg ble planlagt gjennomført dersom analysene viste tegn til mediatoreffekter.

6. Resultater

6.1. Preliminære analyser

Analysene viste at ingen av de viktige forutsetningene til lineær regresjonsanalyse var brutt, og tallmaterialet var egnet til videre analyser. Det var ingen vesentlige avvik fra antagelsene (normalitet, linearitet, homoskedastisitet, uavhengighet til residualene og uteliggere). Det ble vurdert å ekskludere ekstremverdiene, men disse ble beholdt, da de var få, og i forhold til deres natur tolkes som reelle svar (altså at personen har svært lav eller svært høyt nivå av det aktuelle verdien, for eksempel symptomtrykk), og dersom disse ble fjernet kunne dette bety at viktige nyanser i svarene ble fjernet.

Analysen av missing viste 17 missing av totalt 594 (N=577).

6.2. Deskriptive analyser og frekvensanalyser

Tabell 5 viser gjennomsnitt og standardavvik for de ulike prediktorvariabelene og utfallsvariabelen.

Tabell 5: Gjennomsnitt og standardavvik for de ulike prediktorvariabelene og utfallsvariabelen.

| | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|-----------------------------|---------|---------|------|----------------|
| Depressive symptomer ungdom | 1.00 | 2.60 | 1.18 | .25 |
| Emosjonelle vansker mor | 1.00 | 3.80 | 1.40 | .41 |
| Enslig mor | 0.00 | 1.00 | 0.41 | .49 |
| Kjønn på ungdommen | 1.00 | 2.00 | 1.54 | .50 |
| Temperament: | | | | |
| Skyhet | 1.00 | 5.00 | 2.37 | .69 |
| Aktivitetsnivå | 1.25 | 5.00 | 3.20 | .82 |
| Emosjonalitet | 1.00 | 4.88 | 2.07 | .65 |
| Sosiabilitet | 1.67 | 5.00 | 3.69 | .61 |

| | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|------------------------|---------|---------|------|----------------|
| Sosial kompetanse: | | | | |
| Samarb.evne | 1.17 | 4.00 | 2.38 | .51 |
| Selvtillit | 1.50 | 4.00 | 2.91 | .44 |
| Empati | 1.50 | 4.00 | 2.81 | .47 |
| Selvkontroll | 1.00 | 4.00 | 2.73 | .47 |
| Valid N (listwise):577 | | | | |

6.3. Korrelasjonsanalyser

Forholdet mellom depressive symptomer hos ungdommen (SMFQ), og prediktorvariablene emosjonelle vansker hos mor (HSCL-25), sivilstatus hos mor, ungdommens kjønn, temperament hos ungdommen (EAS) og sosiale ferdigheter (SSRS) ble undersøkt ved Pearson product-moment korrelasjonskoeffisient. Pearsons korrelasjonskoeffisienter for variablene som inngår i analysene samt *p*-verdier for tohalet test av signifikant korrelasjon er presentert i tabell 6.

Tabell 6: Korrelasjonskoeffisienter og *p*-verdier for variablene

| Variabler | Dep. ung | Kjønn | Enslig mor | Emo mor | Sam arb | Selv Tillit | Empati | Selv kontroll | Sky het | Aktiv. nivå | Emosjonalitet |
|---------------------|----------|-------|------------|---------|---------|-------------|--------|---------------|---------|-------------|---------------|
| Kjønn | .07 | | | | | | | | | | |
| Sivilstatus hos mor | -.08* | -.10* | | | | | | | | | |
| Emo. vansker mor | .34** | .00 | -.14* | | | | | | | | |
| Samarb.evne | -.25** | .21** | .10* | -.21** | | | | | | | |
| Selvtillit | -.30** | .00 | .04 | -.14** | .35** | | | | | | |
| Empati | -.26** | -.01 | -.02 | -.14** | .43** | .61** | | | | | |
| Selvkontroll | -.39** | -.04 | .00 | -.13** | .41** | .45** | .55** | | | | |
| Skyhet | .26** | .10* | .05 | .09 | -.12** | -.55** | -.40** | -.18** | | | |
| Akt.nivå | -.12** | .02 | .07 | -.01 | .12** | .47** | .27** | .06 | -.40** | | |
| Emosjonalitet | .52** | .10* | -.10* | .31** | -.26** | -.32** | -.30** | -.42* | .34** | -.03 | |
| Sosiabilitet | -.19** | .03 | -.02 | -.07 | .09* | .47** | .28** | .15** | -.54** | .52** | -.13* |

* Korrelasjon er signifikant på 0,05 nivå (Tohalet)

** Korrelasjon er signifikant på 0,01 nivå (Tohalet)

Listwise N=577

Korrelasjonsanalysen viste at alle prediktorvariablene i modellen hadde en signifikant sammenheng med utfallsvariabelen med unntak av kjønn ($p=.11$), og at sammenhengenes retning var i tråd med hypotesene. Kjønn ekskluderes derfor fra de videre analysene.

I følge Cohen's (1988) kriterium har korrelasjonene mellom prediktorvariablene og utfallsvariabelen lave til middels effektstørrelser.

Det er signifikant sammenheng mellom de fleste prediktorene. Den høyeste korrelasjonen mellom prediktorvariablene var .61.

6.4. Regresjonsanalyser

6.4.1 Test av foreløpig modell

Den foreløpige modellen, og forskningsspørsmålene, ble testet ved hjelp av multippel lineær regresjonsanalyse. Målet var å undersøke prediktorenes unike effekter og total mengde forklart varians. Testingen skjedde med utgangspunkt i hele analysemodellen.

6.4.2 Hierarkisk multippel regresjon

Vi ønsket å undersøke om de etablerte prediktorene emosjonelle vansker hos mor, enslig mor, og temperament hos ungdommen ble bekreftet som prediktorer i dette epidemiologiske utvalget. Ettersom vi i tillegg ønsket å undersøke om sosial kompetansedimensjonene hadde unik effekt, samt hva de la til av forklart varians tillegg til de etablerte prediktorene ble det utført hierarkisk multippel regresjon.

Blokk 1: Den sosiologiske variabelen 'enslig mor', ble lagt inn ettersom forskning har vist at enslighet hos mor predikerer økt nivå av emosjonelle vansker hos ungdom.

I tillegg ble følgende variabler lagt til ettersom de er vist å være signifikante prediktorer for depressive symptomer hos ungdom; emosjonelle vansker hos mor, og temperament hos ungdommen (dimensjonene emosjonalitet, skyhet aktivitetsnivå og sosiabilitet) i tidligere studier (Karevold, 2008) (Tabell 7).

Blokk 2: De fire variablene som målte dimensjonene på sosial kompetanse (samarbeidsevne, selvtillit, empati og selvkontroll) ble lagt inn. Disse var forventet å være prediktorer for emosjonelle vansker hos ungdom, men det er gjort lite forskning på dem (Tabell 7).

Tabell 7: Hierarkisk multipl regressjon med alle forventede prediktorer

| | <i>B</i> | <i>SE b</i> | <i>β</i> |
|---|----------|-------------|----------|
| Blokk 1: | | | |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø:</i> | | | |
| Enslig mor | -.02 | .02 | -.03 |
| Emosjonelle vansker mor | .12*** | .02 | .20 |
| <i>Karakteristikk hos ungdommen:</i> | | | |
| <i>Temperament:</i> | | | |
| Skyhet | .02 | .02 | .05 |
| Aktivitetsnivå | -.02 | .01 | -.05 |
| Emosjonalitet | .17*** | .02 | .43 |
| Sosiabilitet | -.03 | .02 | -.06 |
| Blokk 2: | | | |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø</i> | | | |
| Enslig mor | -.02 | .02 | -.03 |
| Emosjonelle vansker mor | .12*** | .02 | .20 |
| <i>Karakteristikk hos ungdommen:</i> | | | |
| <i>Temperament:</i> | | | |
| Skyhet | .03 | .02 | .07 |
| Aktivitetsnivå | -.02 | .01 | -.05 |
| Emosjonalitet | .14*** | .02 | .35 |
| Sosiabilitet | -.02 | .02 | -.04 |
| <i>Sosial kompetanse:</i> | | | |
| Samarbeidsevne | -.02 | .02 | -.03 |
| Selvtillit | -.01 | .03 | -.01 |
| Empati | .03 | .03 | .06 |
| Selvkontroll | -.12*** | .02 | -.22 |

Note R²= .37 (p<.05) *p<.05, **p<.005, ***p<.001 for blokk 2 R Square Change =.03

Avhengig variabel: Depresjonssymptomer hos ungdom.

De hierarkiske multiple regresjonsanalysene viste at modellen som helhet, inkludert alle prediktorer (Blokk 2), forklarte totalt 37 % av variansen i depressive symptomer hos ungdom. Funnene er signifikante, blokk 1 ($F=46.75$, $p=.001$) og blokk 2 ($F=32.78$, $p=.001$). Sosial kompetanse la til 3% av forklart varians i tillegg til de etablerte prediktorene Dette var et unikt signifikant bidrag ($p=.001$).

Evaluerer av prediktorene:

Tabell 7 illustrerer forklaringskraften til hver av prediktorvariablene i modellen. Den viser også hvilken av 0- hypotesene som må forkastes eller ikke.

Ettersom det er en retning (+/-) på hypotesene, kan man tillate seg å dele signifikansnivået på to. Resultatene tyder på at følgende forventede prediktorer ikke gir signifikante unike bidrag på nivå av depressive symptomer hos ungdom; de sosiale prediktorene kjønn og enslig mor, temperamentsdimensjonene skyhet, aktivitetsnivå og sosiabilitet, og sosial kompetansedimensjonene samarbeidsevne, selvtillit, og empati. Dette kan komme av overlapp med andre uavhengige variabler i modellen. Betakoeffisienten viser at retningen er i henhold til hypotesene, men signifikansnivået er ikke tilfredsstillende, selv når man deler signifikansnivået på to. Disse hypotesene forkastes.

Det er ikke forskjeller i beta- verdiene, noe som indikerer at det ikke er spuriøse eller maskerte effekter i resultatet.

Det er 3 variabler som gir et statistisk signifikant unikt bidrag ($p<.005$) når den overlappende effekten til alle andre variabler var statistisk fjernet var følgende; temperamentsdimensjonen emosjonalitet, sosial kompetansedimensjonen selvkontroll og emosjonelle vansker hos mor. Betakoeffisienten viser i tillegg at retningen er i henhold til hypotesene. Disse hypotesene beholdes.

Basert på reduksjonistisk strategi ble de forventede prediktorene som ikke gav unikt signifikant bidrag fjernet fra videre analyser.

6.4.3 Hierarkisk multippel regresjon med de signifikante prediktorene:

Det ble utført hierarkisk multippel regresjon med de signifikante prediktorene (tabell 8).

Blokk 1: Følgende prediktorvariabler ble lagt inn ettersom de hadde signifikant unikt bidrag i forrige analyse; emosjonelle vansker hos mor og temperament hos ungdommen (dimensjonen emosjonalitet) (Tabell 8).

Blokk 2: Sosial kompetansedimensjonen selvkontroll ble lagt inn (tabell 8).

Tabell 8: Hierarkisk multippel regresjonsanalyse med de signifikante prediktorene

| | <i>B</i> | <i>SE b</i> | <i>B</i> |
|--|----------|-------------|----------|
| Blokk 1: | | | |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø</i> | | | |
| Emosjonelle vansker mor | .14*** | .02 | .22 |
| <i>Karakteristikker hos ungdommen:</i> | | | |
| <i>Temperament:</i> | | | |
| Emosjonalitet | .17*** | .02 | .40 |
| Blokk 2: | | | |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø</i> | | | |
| Emosjonelle vansker mor | .12*** | .02 | .20 |
| <i>Karakteristikker hos ungdommen:</i> | | | |
| <i>Temperament:</i> | | | |
| Emosjonalitet | .15*** | .02 | .37 |
| <i>Sosial kompetanse:</i> | | | |
| Selvkontroll | -.11*** | .02 | -.21 |

Note R²= .35 (ps<.05) *p<.05, **p<.005, ***p<.001 for blokk 2 R square change=.03

De hierarkiske multiple regresjonsanalysene viste at modellen, som inkludert alle signifikante prediktorer (Blokk 2), forklarte totalt 35 % av variansen i depressive symptomer hos ungdom. Funnene er signifikante ($p < .001$).

Sosial kompetanse la til 3% av forklart varians i tillegg til de etablerte prediktorene. Dette var et unikt signifikant bidrag ($p = .001$).

6.5. Test av moderatorer og mediatorer

6.5.1 Test av moderatorer

En moderator endrer formen på relasjonen mellom en prediktorvariabel (X) og utfallsvariabel (Y). Dette betyr at sammenhengen mellom X og Y er avhengig av nivå på moderatoren (M). Moderatorvariabler er forventet å være relativt stabile variabler slik som demografiske variabler og personlighetstrekk. Basert på forklaringsmodellen var følgende interaksjonseffekter forventet:

- 1) Sammenhengen mellom nivå av emosjonelle vansker hos mor og nivå av symptomer på depresjon hos ungdom er avhengig av nivået på: a) sivilstatus hos mor, b) kjønn hos ungdommen, c) temperament hos ungdommen og d) sosial kompetanse hos ungdommen.
- 2) Sammenhengen mellom nivå av sosial kompetanse og nivå av depressive symptomer hos ungdommen er avhengig av nivå på temperament.

Ettersom hverken kjønn eller enslighet hos mor ikke hadde signifikante hovedeffekter, samt temperamentsdimensjonene skyhet, aktivitetsnivå og sosialitet, og kompetansedimensjonene samarbeidsevne, empati og selvtillit (tabell 7), var det lite sannsynlig at disse ville ha noen interaksjonseffekt, og de ble fjernet fra videre analyser.

Anbefalingene til Aiken og West (1991) ble fulgt. Det ble brukt hierarkisk multippel regresjon for å undersøke interaksjonene mellom kontinuerlige variabler for å ikke miste verdifull informasjon. For å redusere mulige korrelasjoner mellom prediktorvariablene ble variablene gjennomsnittssentrerte.

Følgende interaksjonsledd ble inkludert i analysen: Int1: interaksjonen mellom emosjonelle vansker hos mor og selvkontroll, int2: interaksjonen mellom emosjonelle vansker hos mor og emosjonalitet, og int3: interaksjonen mellom selvkontroll og emosjonalitet.

Det ble det gjort hierarkisk multippel regresjonsanalyse hvor alle signifikante prediktorer fra multippel regresjonsanalyse ble satt inn i blokk 1 og interaksjonsleddet i blokk 2 (tabell 9 og 10). Prediktorene var da gjennomsnittssentrerte.

Interaksjonsanalysene viste at interaksjonsledd 1 (emosjonelle vansker hos mor og selvkontroll) og 3 (selvkontroll og emosjonalitet) var signifikante (tabell 8 og tabell 9).

Tabell 9: Multippel hierarkisk regresjon med interaksjonsledd int 1:

| | <i>B</i> | <i>SE b</i> | <i>β</i> |
|---|----------|-------------|----------|
| Blokk 1: | | | |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø</i> | | | |
| Emosjonelle vansker mor midtsentrert | .12*** | .02 | .20 |
| <i>Karakteristikker hos ungdommen:</i> | | | |
| <i>Temperament:</i> | | | |
| Emosjonalitet midtsentrert | .15*** | .02 | .37 |
| <i>Sosial kompetanse:</i> | | | |
| Selvkontroll midtsentrert | -.11*** | .02 | -.21 |
| Blokk 2: | | | |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø:</i> | | | |
| Emosjonelle vansker mor midtsentrert | .10*** | .02 | .17 |
| <i>Karakteristikker hos ungdommen:</i> | | | |
| <i>Temperament:</i> | | | |
| Emosjonalitet midtsentrert | .15*** | .02 | .37 |
| <i>Sosial kompetanse:</i> | | | |
| Selvkontroll midtsentrert | -.11*** | .02 | -.20 |
| Int1 | -.21*** | .04 | -.17 |

Note R²= .38 (ps<.05) *p<.05, **p<.005, ***p<.001 For blokk 2: R Square Change =.03

Avhengig variabel: Depresjonssymptomer hos ungdom.

Funnene tyder på at Blokk 2 forklarte 38% av variansen i nivå av depressive symptomer hos ungdom. Interaksjonsleddet la til 3% forklart varians og hadde en signifikant unik effekt.

Tabell 10: Hierarkisk multipl regressjon med interaksjonsledd 3:

| | <i>B</i> | <i>SE b</i> | <i>β</i> |
|---|----------|-------------|----------|
| Blokk1: | | | |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø:</i> | | | |
| Emosjonelle vansker mor midtsentrert | .12*** | .02 | .20 |
| <i>Karakteristikker hos ungdommen:</i> | | | |
| <i>Temperament:</i> | | | |
| Emosjonalitet midtsentrert | .15*** | .02 | .37 |
| <i>Sosial kompetanse:</i> | | | |
| Selvkontroll midtsentrert | -.11*** | .02 | -.21 |
| Blokk 2: | | | |
| <i>Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø:</i> | | | |
| Emosjonelle vansker mor midtsentrert | .12*** | .02 | .20 |
| <i>Karakteristikker hos ungdommen:</i> | | | |
| <i>Temperament:</i> | | | |
| Emosjonalitet midtsentrert | .14*** | .02 | .35 |
| <i>Sosial kompetanse:</i> | | | |
| Selvkontroll midtsentrert | -.11*** | .02 | -.21 |
| Int3 | -.11*** | .02 | -.17 |

Note R²= .37 (ps<.05) *p<.05, **p<.005, ***p<.001 For blokk 2 R Square Change =.02

Avhengig variabel: Depresjonssymptomer hos ungdom.

Funnene tyder på at Blokk 2 forklarte 37% av variansen i nivå av depressive symptomer hos ungdom. Interaksjonsledd 3 (selvkontroll og emosjonalitet) la til 2% forklart varians og hadde en signifikant unik effekt.

Substansiell endring i R² for både interaksjonsledd 1 og 3 indikerte at interaksjonen mellom emosjonelle vansker hos mor og selvkontroll hos ungdom kan påvirke sammenhengen mellom emosjonelle vansker hos mor og depressive symptomer hos ungdom, og at interaksjonen mellom temperament og selvkontroll hos ungdom kan påvirke sammenhengen mellom selvkontroll og depressive symptomer hos ungdom.

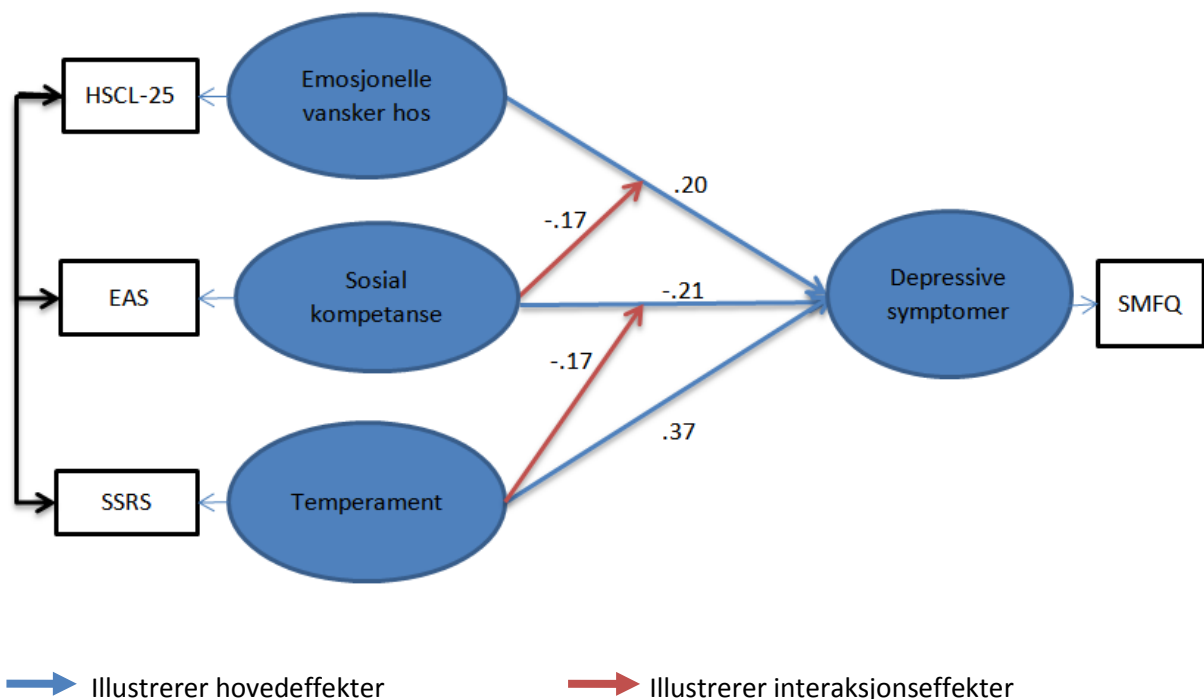
6.5.2 Test av mediatorer

Vi fant ikke noe tegn på mediatoreffekter.

6.6. Endelig modell

Basert på funnene fra analysene er modellen blitt revidert. Følgende presenteres den endelige analysemodellen (tabell 12).

Tabell 12: Endelig analysemodell



7. Diskusjonsdel

7.1 Bakgrunn og formål

Hensikten med denne studien var todelt: Det første målet var å undersøke ulike psykososiale faktorer sammenheng med symptomer på depresjon hos 12-13 åringer i et norsk populasjonsbasert utvalg. Ettersom tidligere forskning hovedsakelig har undersøkt enkeltfaktorerens påvirkning av depressive symptomer hos kliniske populasjoner, ønsket vi i denne studien å undersøke ulike mekanismer som kan tenkes å spille inn på ungdommens daglige fungering i en normalpopulasjon. Sett i sammenheng med utvalgets størrelse, ble slike mekanismer antatt å kunne bidra med nyttig kunnskap om utvikling av depresjonssymptomer hos ungdom ved å belyse mekanismer som henger sammen med depressive symptomer hos

ungdomspopulasjonen for øvrig. Slik kunnskap ble ansett for å være av betydning for forebyggende arbeid, da ungdomsårene utgjør en fase av livet der de fleste symptomer på psykiske vansker og lidelser har sin debut.

Vårt andre mål var å undersøke hvorvidt sosial kompetanse opptrer som en unik og beskyttende faktor i ungdommens møte med hverdagslige utfordringer. På denne måten ønsket vi å se om nivå av sosial kompetanse kunne dempe skjevutvikling i nivå av depressive symptomer hos ungdom som står på terskel til tenårene. Ved bruk av en integrerende utviklingssensitiv og transaksjonell modell, inkluderte vi veletablerte risiko- og beskyttelsesfaktorer relatert til symptomer på depresjon hos ungdom.

Med bakgrunn i teori og forskning ønsket vi i tillegg å undersøke antatte moderatorer for forholdet mellom emosjonelle vansker hos mor og symptomer på depresjon hos ungdom.

7.2 Oppsummering av funnene

Resultatene fra analysene viste at den endelige analysemodellen var signifikant og forklarte totalt 35 % av variansen i symptomer på depresjon hos ungdom. Disse resultatene antyder at både emosjonelle vansker hos mor, temperamentdimensjonen emosjonalitet hos ungdommen og sosial kompetansedimensjonen selvkontroll hos ungdommen virker inn på nivå av depressive symptomer hos ungdom. I kontrast med antatte hypoteser tyder resultatene på at enslig status hos mor, kjønn på ungdommen og de øvrige temperament- og sosial kompetansedimensjonene ikke har signifikante unike bidrag til forklart varians i depresjonssymptomer hos ungdom.

Videre viste resultatene at sosial kompetansedimensjonen, selvkontroll, la til et signifikant bidrag på 3% av den totalt forklarte variansen i depressive symptomer hos ungdom, etter at de øvrige prediktorvaribale var kontrollert for. Interaksjonsanalyser bekreftet at assosiasjonen mellom emosjonelle vansker hos mor og depressive symptomer hos ungdom er avhengig av nivå av sosial kompetansedimensjonen selvkontroll, samt at assosiasjonen mellom selvkontroll og depressive symptomer hos ungdommen er avhening av nivå på emosjonalitet. Dette kompliserer tolkningen av hovedeffektene.

Vi anerkjenner at andre modeller potensielt kan forklare mer av variansen i depressive symptomer hos ungdom enn det denne studiens modell tillater. Eksempelvis vil modeller med

mange prediktorer naturlig forklare mer av slik varians. Denne studiens analyser er generert av en modell som bør valideres i et uavhengig utvalg.

7.3. Risiko- og beskyttelsesfaktorer

7.3.1 Kjønnforskjeller

I første del av analysen ble det undersøkt hvorvidt nivå av symptomer på depresjon slo ulikt ut mellom kjønnene. I kontrast til tidligere forskning viste resultatene i denne studien ingen forskjell mellom kjønnene. Tidligere forskning har vist en økt prevalens av depressive symptomer blant jenter, og har blant annet forklart dette med at jenter er mer reaktive til interpersonlig stress og derfor mer sårbare for å utvikle depressive symptomer (Shih, Eberhart, Hammen & Brennan, 2006). Et slikt nullfunn kan tenkes å være relatert til at resultatene i studien er basert på mors rapportering, og at resultatene således ville kunne stilt seg annerledes dersom analysene hadde blitt foretatt på ungdoms egen rapportering. Eksempelvis fant Karevold (2008) en sterkere sammenheng mellom ungdommens egenrapportering av depressive symptomer og det å være jente ved analyser foretatt på samme materiale. En annen mulig forklaring på studiens nullfunn kan mulig relateres til utvalgets alder, og at ungdommen ennå befinner seg i en tidlig fase av kjønnsmodning. En slik forklaring støttes av forskning som viser at kjønnsforskjeller i utvikling av depressive symptomer gjerne ikke inntreffer før 14-15 års alder (Wichstrøm, 1999).

7.3.2. Ungdommens psykososiale oppvekstmiljø

7.3.2.1 Enslighet hos mor

Det ble videre antatt at det å ha en enslig mor ville utgjøre en unik risikofaktor og dermed bidra med forklart varians i nivå av depressive symptomer hos ungdommen. Funnet fra vår analyse støtter ikke en slik antagelse, og står således i kontrast med hovedtyngden av forskningen innenfor dette feltet (Lau et al., 2007). Dette nullfunnet kan muligens forklares med at forholdene i kjernefamilier og enslig- foreldrefamilier totalt sett er mer like enn ulike med tanke på påvirkning av depresjonssymptomer hos ungdommen (Kleist, 1999). En slik forståelse er i tråd med forskning som har funnet at de fleste overkommer slike familieendringer på sikt, uten vedvarende depressivt symptomtrykk (Masten et al., 1995). I andre tilfeller kan et samlivsbrudd også tenkes å bedre de psykososiale forholdene ved blant annet å redusere konfliktnivå og dermed påvirke ungdommens psykiske helse på en god måte

(Størksen, 2005). Således kan det tenkes at kvaliteter ved det totale familieklima, slikt som interpersonlig stress, spiller en større rolle enn familiestrukturen i seg selv. En tredje mulig forklaring på overnevnte nullfunn kan være relatert til ungdommens øvrige nettverk, og at ungdommen kan ha vært omgitt av andre viktige personer som kan ha veid opp for de potensielle negative følgeeffekter det kan ha å bo med en enslig mor (Mathiesen et al., 2006). Øvrige støttende forhold, slik som gode relasjoner til den andre forelderen, nabo, lærer eller venner, har ikke blitt kontrollert for i denne studien. Funnene støttes av funn gjort av Mathiesen (2007), som fant at det er følgeeffektene av det å være enslig som slår inn, ikke det å være enslig i seg selv.

En fjerde forklaring kan knyttes til den generelle støtteordningen som finnes i dagens helse-Norge. Hovedandelen av studier foretatt på enslige mødre har vært basert på amerikanske studier, der støtteordningene er av en annen karakter enn i det norske helsesystemet. Det kan være at det å være enslig i Norge innebærer bedre støtteordninger og mindre stigmatisering, og på denne måten bidra til mindre økonomiske belastninger og stress enn det man ser i andre land. Sist kan studiens resultat også tenkes relatert til forskning som viser til færre giftemål og flere samboerskap i dagens Norge. Det kan være at studiens inndeling i samboende versus ikke- samboende kan ha vært av betydning ved at det potensielt kan være store psykososiale forskjeller mellom ulike grupper av gifte, skilte eller separerte, og de som alltid har vært single eller kun samboende.

7.3.2.2. Emosjonelle vansker hos mor

I tråd med et transaksjonelt perspektiv og en stress-sårbarhetsmodell viser resultatene at nivå av emosjonelle vansker hos mor har en signifikant effekt på depressive symptomer hos ungdommen. Et slikt funn samsvarer med tidligere forskning og støtter hypotesen om at mors emosjonelle vansker utgjør en risikofaktor for utvikling av depressive symptomer hos ungdommen (Champion et al., 2009). På den andre siden viser forskning at en rekke ulike mekanismer og samvirkende prosesser kan påvirke dette forholdet på komplekse måter, både gjennom genetisk- og psykososial arv (Hicks, DiRago, Iacono & McGue, 2009). I tillegg til potensielle målefeil, vil emosjonelle vansker hos mor på denne måten kun representere en avgrenset del av totalforståelsen av depressiv symptomutvikling hos ungdommen. Funnet er likevel interessant da det indikerer at mors emosjonelle vansker også er av betydning for

ungdom i en normalpopulasjon. Resultatet tillegger dermed en dimensjon til totalforståelsen av symptomutvikling på depresjon hos ungdom.

7.3.3. Karakteristikk hos ungdommen

7.3.3.1. Temperament

Resultater fra analysen viste videre at temperamentstrekket emosjonalitet har en signifikant unik effekt på nivå av depressive symptomer hos ungdommen. Dette samsvarer med forskningsfeltet for øvrig, som viser at høyt nivå av emosjonalitet utgjør en risikofaktor for utvikling av depressive symptomer hos ungdom. En vanlig forklaring har vært at et slikt trekk gjør ungdommen mer utsatt for å komme i dårlig samhandling med sine omgivelser fra tidlig alder (Mathiesen & Sanson, 2000). Flere studier dokumenterer sammenhenger mellom temperamentstrekk og utvikling av depressive symptomer gjennom barne- og ungdomsårene. Blant annet fant Karevold og kollegaer (2009) at temperamentstrekket emosjonalitet hos barn under 5 år, forklarte nærmere 40 % av variasjonen i symptomer på depresjon da barna var 12-13 år. Den påviste positive assosiasjonen mellom emosjonalitet og depressive symptomer har gjerne blitt forklart med rask modning av det nevrofysiologiske systemet, og de hormonelle endringene som oppstår i den pubertale fasen (Wichstrøm, 1999). Det er ikke utenkelig at slike nevrofysiologiske prosesser kan føre til økt konfliktnivå mellom mor og ungdom, og videre påvirke mors og ungdommens psykiske helse på en uheldig måte. Et slikt syn er i tråd med biologisk teori og forskning, som hevder at store deler av den genetiske påvirkningen trolig virker via temperamentstrekk som emosjonalitet i individets samhandling med andre (Nigg, 2006).

I kontrast med tidligere forskning (Karevold, 2008), viste resultatene at temperamentstrekket skyhet ikke var signifikant relatert til depressive symptomer hos ungdommen. Tilsvarende kontrast ble funnet for temperamentstrekkene fleksibilitet og sosialitet, som i tidligere studier har blitt forbundet med mestring av ulike belastninger (Mathiesen & Prior, 2006). Retningen på hypotesene ble bekreftet, men sammenhengene var ikke signifikante.

7.3.3.2. Sosial kompetanse

For faktoren sosial kompetanse viste resultatene at høyere nivå av kompetansedimensjonen selvkontroll var assosiert med lavere nivå av symptomer på depresjon hos ungdommen. Resultatet samsvarer dermed med forskning som har vist at sosialt kompetente barn er bedre

rustet til å håndtere stress og ulike psykososiale belastninger. Blant annet fant Bornstein og kollegaer (2010) at lavere grad av slik sosial kompetanse hos barn på 4 år var assosiert med økte symptomer på depresjon når disse barna var 10 år, og ytterligere symptomøkning ved 14 årsalder. Disse kaskadeeffektene av mangel på sosial kompetanse og atferdstilpasning ble oppnådd uavhengig av barnets intelligens, mødres utdanning og sosial ønskarhet.

Sosial kompetanse kan bli betraktet som en beskyttelsesfaktor ved at det gjør ungdommen bedre rustet til å søke sosial hjelp og støtte når det er nødvendig. På den andre siden indikerer forskning at det bør vises varsomhet i vurderingen av "positiv" eller "negativ" kompetanse som rene motpoler, da forskning har vist at én form for sosial kompetanse kan være sentral i en utviklingsperiode, men mindre sentral i en annen (Bornstein, Hahn & Haynes, 2010). I tillegg vil slik kompetanse variere fra individ til individ.

Overnevnte resultater er i tråd med utviklingsteori og støtter antagelsen om at sosial kompetanse fortsatt er en relevant faktor i fremtredelsen av depressive vansker hos dagens ungdom. Kompetansedimensjonen selvkontroll synes her å utgjøre en viktig mestringsmekanisme ved at slik kompetanse opptrer på selvregulerende måter som gjør den unge bedre rustet til adaptiv tilpasning (Bornstein, Hahn & Haynes, 2010). Slik selvkontroll er av særlig betydning i et moderne samfunn der sosiale medier råder og hvor man i høy grad forventes å være kontinuerlig synlig og tilgjengelig. Når ungdommens karakteristikk og psykososiale faktorer henger så tett sammen med utvikling av symptomer på depresjon, kan det tenkes at effekter av temperamentstrekket emosjonalitet og selvkontroll begge kan falle inn under det overordnede begrepet "emosjonsregulering". Emosjonsregulering omhandler evnen til å overvåke og kontrollere egne og andres emosjonelle uttrykk, og tilpasse dette til sitt sosiale og kulturelle miljø (Tetzchner, 2001). I tråd med studiens transaksjonelle, konseptuelle modell, favner et slik overordnet emosjonsreguleringsbegrep ungdommens totale tilpasning ved å forstå karakteristikk hos ungdommen i dynamisk samspill med ungdommens psykososiale utfordringer i oppveksten. På den andre side viser resultatene i denne studien lineære sammenhenger basert på analyser gjort på et tidspunkt i utvikling, og begrenses derfor mot å kunne si noe sikkert om transaksjonelle prosesser.

7.4. Interaksjonseffekter

I tillegg til å dokumentere hovedeffekter relatert til økt risiko- og beskyttelse for utvikling av depressive symptomer hos ungdom, viste resultatene i denne studien potensielle moderatorer assosiert med slik risiko- og beskyttelse. Resultatene viser at et lavere nivå av sosial kompetansedimensjonen selvkontroll, i kombinasjon med å leve med en mor som i høy grad har emosjonelle vansker, er assosiert med et høyere nivå av depressive symptomer. En mulig forklaring kan være at ungdommens suksessive tilpasning vanskeliggjøres, dersom ungdommen har vansker med egen selvkontroll. Dette støttes av forskning som indikerer at samspill med mødre med emosjonelle vansker danner grunnlag for mangelfull sosial modellæring, og på denne måten bidrar til at den unge utvikler dårligere selvregulering (Goodman & Gotlib, 1999). Resultatene tyder også på at sammenhengen mellom nivå av selvkontroll og nivå av depressive symptomer, er avhengig av nivå av temperamentsdimensjonen emosjonalitet. Det kan tenkes at et høyt nivå av emosjonalitet kombinert med lavt nivå av selvkontroll vil vanskeliggjøre ungdommens tilpasning og mestringen i ulike sosiale situasjoner. En slik antagelse er forenelig med forskning som har viser at symptomer på depresjon trer frem i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer (Hicks, DiRago, Iacono & McGue, 2009).

7.5. Begrensninger

7.5.1. Teoretiske begrensninger

7.5.1.1. Valg av tilnærming og analysevariabler

Som alle undersøkelser har denne begrensninger. For det første anerkjennes det at studiens analyser reflekterer et psykososialt perspektiv på utvikling av depressive symptomer hos ungdom. I dette ligger det en avgresning mot genetiske faktorerens bidrag i utvikling av symptomer. En slik avgresning vil være av betydning for forståelse og tolkning av oppgavens resultater, ettersom ungdommens tilpasning alltid vil være et resultat av både arv og miljø (Dickstein et al., 1998). Eksempelvis fant Conway og kollegaer (2011) at individets genetiske utrustning påvirker individets opplevelse av stress gjennom serotonintransportør genet 5-HTTLPR. Slike gener ble igjen funnet å være assosiert med øker risiko for utvikling depressive symptomer. På den andre siden bør et genetisk bidrag i utvikling av depressive symptomer generelt blir konseptualisert innenfor et dynamisk rammeverk av flere biologiske,

psykologiske og sosiale faktorer på tvers av livsløpet (Rutter et al., 2008). Med et slikt perspektiv vil gener sannsynligvis kode for intermediierende fenotyper som kan øke risiko, fremfor å kode for direkte lidelser. I denne oppgaven har temperament blitt benyttet som et proxy for gener, ettersom temperament har vist seg å ha høy arvelighetskoefisient (Buss & Plomin, 1984). Dette vil allikevel kun representere en liten del av den totale genetiske påvirkningen.

En annen begrensning i denne studien ligger i det avgrensede antall faktorer som har blitt valgt inn i studiens analysen, samt operasjonaliseringen av begrepene. I tråd med et transaksjonelt perspektiv, vil en rekke andre risiko- og beskyttelsesfaktorer spille både indirekte og direkte inn på depressiv symptomutvikling hos ungdom. Eksempelvis vil andre aspekter ved mødrenes emosjonelle tilstand, slik som symptomenes omfang og varighet, komorbide vansker, så vel som intelligens, personlighet og foreldrestil, kunne tenkes å spille inn på ungdommens tilpasning (Masten et al., 2005). Videre viser forskning at depressive symptomer ofte trer frem samtidig med andre former for psykiske vansker. Eksempelvis har forskning dokumentert klare sammenhenger mellom symptomer på depresjon og ulike former for angstsymptomer (Costello, Egger & Angold, 2005). Symptomer på depresjon utgjør også en viktig del av andre tilstandsbilder, slik som prodromalfase og negative symptomer ved schizofreni eller depressive episoder innenfor bipolarspektrum. Slike symptomer antas i større grad å være biologisk betinget og faller således utenfor oppgavens psykososiale fokus (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003). Ettersom symptomer på angst og depresjon ofte er episodiske av natur, er det heller ikke usannsynlig at mors emosjonelle vansker også i tidligere utviklingsfaser vil ha kunnet påvirket ungdommen på måter som ikke kan kontrolleres for i denne studien (Cicchetti & Toth, 1998).

7.5.1.2. Andre betydningsfulle, sosiale relasjoner

Denne studien har fokusert på betydningen av å vokse opp med en enslig mor med emosjonelle vansker. Foruten den føringen som lå i datamaterialet, ble et slikt valg foretatt på bakgrunn av teori og forskning som har dokumentert signifikant større utbredelse av symptomer på emosjonelle vansker hos kvinner, sammenliknet med menn (Goodman & Gotlib, 1999). Studien innehar derfor en begrensning ved at den ikke har tatt høyde for ungdom som bor hos far, og ellers fars innvirkning på symptomer på depresjon hos ungdommen. En slik begrensning sammenfaller med forskningsfeltet forøvrig, og bør studeres

ytterligere i fremtidig forskning, da studier også har vist at fars psykiske helse spiller en viktig rolle i utviklingen av depressive symptom hos ungdom (Connell & Goodman, 2002). Videre har det i denne studien heller ikke blitt tatt hensyn til øvrige sosiale påvirkninger, slik som venner og søskens betydning som støtte eller stressor relatert til symptomer på depresjon hos ungdommen. Prosesser fra ethvert nivå av ungdommens psykososiale miljø vil kunne påvirke hverandre over tid og forme ungdommens kontinuerlige utviklingsforløp på et videre nivå enn det foretatte fokuset i denne studien (Cicchetti & Toth, 1998). Eksempelvis har tvillingsstudier vist små effekter av ”felles miljø” i utvikling av depressive symptomer (Lau & Eley, 2006). På den andre siden har slike studier vist større betydning av ”felles miljø” for barn- og ungdomsgruppen, sammenliknet med voksne (Burt, 2009).

7.5.2. Metodiske begrensninger

7.5.2.1. Et kryssseksjonelt design

Denne studien har også de typiske metodiske begrensninger til denne typen studier. Studien tar i bruk korrelasjons- og regresjonsanalyser for å undersøke sammenheng og mønstre mellom et utvalg av variabler. Slike analyser medfører derfor at man ikke kan trekke sikre slutninger om kausalitet eller retning mellom variablene, da påviste sammenhenger kan påvirkes av en rekke andre medierende og modererende faktorer. Slike forhold har vist seg å være spesielt viktig i forskning på barn og ungdom, ettersom rollen til spesifikke medierende eller modererende prosesser sannsynligvis forandrer seg på tvers av utviklingen (Grant et al., 2003). De kan heller ikke utelukke cohort-effekter. Videre indikerer studier at symptomer på psykiske vansker generelt har en tendens til å oppstå samtidig i barne- og ungdomsårene (Karevold, 2008). En stressor kan dermed opptre som en relativ uspesifikk risikofaktor for symptomer på psykopatologisk utvikling. Samtidig kan variabelenes retning forsøkes å forklare ut i fra foreliggende teori og forskning. Blant annet har longitudinelle studier vist at kvaliteten ved tidlige løste utviklingsoppgaver kan bidra til avvik som hierarkisk integrerer og bærer utviklingsbaner til senere symptomutvikling av depresjon i tenårene (Karevold, 2008). I så måte ville det være av interesse å kombinere denne studiens resultater med longitudinelle- og prospektive studier av mer kliniske utvalg.

7.5.2.2. Karakteristikk ved utvalget og generaliserbarhet

Resultatene i denne studien baserer seg på tidspunkt fem av totalt åtte måletidspunkt i den longitudinelle TOPP-studien. Som ved andre longitudinelle studier rammes denne studien av noe frafall over tid. På denne måten blir individer med en forhøyet risiko for å utvikle depressive symptomer ofte underrepresentert i så store befolkningsstudier. Dette medfører at man med tid sitter igjen med et mer skjevt og ressurssterkt utvalg (Mathiesen et al., 2007). Dette var også tilfellet i denne studien. Det er derfor ikke usannsynlig at sammenhengene som er funnet på denne studiens tidspunkt er noe underestimert, og således har begrenset generaliserbarhet. På den andre siden viser bakgrunnsanalyser fra frafallsgruppen at denne gruppen ikke skilte seg signifikant fra første runde med hensyn til mors alder, utdanning, yrkesdeltakelse, antall barn og sivilstatus (ibid).

Ettersom analysene er gjennomført med datamateriale fra kun et tidspunkt, begrenses videre studiens generaliserbarhet til andre aldersgrupper enn 12-13 åringer. Generaliserbarheten begrenses også ved at den kun inkluderte familier som behersket norsk godt nok til å fylle ut spørreskjema. Individer fra ikke-vestlig bakgrunn er derfor underrepresentert i studiens datamateriale, og medfører at studien funn ikke er egnet til å forta uttalelser i retning av kulturelle- eller religiøse gruppeforskjeller.

7.5.2.3. Konkurrerende informanter

En annen viktig begrensning ved denne studien er at alle analyser er basert på mors rapportering. Diskrepanser mellom ulike informanter på symptombeskrivelse av depresjon hos barn og ungdom er vanlig i litteraturen, med korrelasjoner fra kun liten til moderat størrelse i henhold til Cohen's kriterium (Karevold, 2008). Videre er slike korrelasjoner typisk lavere for rapportering av depressive symptomer, som er mindre synlig for andre (Achenbach et al., 1987). Den unge kan ha tilgang til viktig informasjon om egen tilstand som ikke er tilgjengelige for andre informanter. Sammenslått med forskning som noterer at ungdoms symptomrapportering er sterkere assosiert med egen symptomopplevelse enn foreldrenes rapportering, byr dette på metodiske utfordringer (Compas et al., 1989).

På den andre siden har andre studier antydnet at mødre er relativt sensitive og reliable informanter for ungdommens symptomer og sosial fungering i sammenlikning med selvrapportering (Weissman et al., 1980). Det kan likevel ikke utelukkes at mors emosjonelle tilstand i denne studien kan ha farget mors tolkning og vurdering av ungdommens atferd.

Samtidig fant Hughes og Gullone (2010) at foreldrenes symptomer kun forklarte en liten andel av variansen i diskrepansen mellom informantene. Videre omhandler spørsmålene i denne studiens spørreskjema i stor grad konkret atferd. Sett under ett gir overnevnte forskning støtte for bruk av mødre som informantgruppe. Endelig vil også uenighet mellom ulike informanter kunne gi viktig informasjon og ulike sider av ungdommens fungering (Achenbach et al, 1987). Achenbach (1987) vektla derfor at en kilde til informasjon ikke er nok, men at man behøver flere kilder for å fange variasjon i perspektiver fra en informant til en annen. Resultatene illustrerer viktigheten av at man undersøker validiteten til disse konkurrerende informantkildene i videre forskning.

7.5.2.4. Et dimensjonell tilnærming med fokus på kontinuerlige variabler

Avslutningsvis bør det trekkes frem at denne studien gjør bruk av kontinuerlige variabler innenfor en dimensjon av depressive symptomer. Fremfor å benyttes kategoriske gruppeinndelinger med klar cut-off, gjør denne studien bruk av mål av økende eller minkende grad av samvariasjon mellom prediktorvariabler og utfallsvariabelen. Ettersom symptomer blir sett på som kontinuerlige kvantitative variabler, har vi følgelig ikke vært opptatt av tidspunkt for når symptomene når en spesifikk terskel. Fokuset har i denne oppgaven omhandlet i hvilken grad endringer i prediktorvariablene har vært assosiert med endringer i depressive symptomer (Grant et al., 2003). En slik dimensjonell tilnærming har derfor implikasjoner for hvilke type forskningsspørsmål som kan besvares (Grant et al., 2003).

7.6 Oppsummering

I tråd med tidligere forskning viser resultatene i denne studien en signifikant sammenheng mellom nivå av emosjonelle vansker hos mor og nivå av depressive symptomer hos ungdommen. Resultatet styrker derfor den antatte hypotesen om at miljøfaktorer som mors emosjonelle vansker utgjør en viktig risikofaktor for utvikling av depressive symptomer hos ungdom. Tilsvarende viser resultatene at også indre faktorer ved ungdommen, representert ved temperamentstrekket emosjonalitet og sosial kompetansedimensjonen selvkontroll, er signifikant relatert til depressive symptomer hos ungdom. Et slikt funn støtter antagelsen om at karakteristikk ved ungdommen kan opptre både som en risiko og en beskyttende faktor for den unges iboende sårbarhet, ved å moderere forholdet mellom psykososiale risikoforhold og symptomer på depresjon hos ungdommen. Resultatene er i tråd med tidligere funn fra TOPP-studien og en stress-sårbarhetsmodell. De gir støtte for at en sentral utviklingsvei til

symptomer på depresjon hos ungdom går gjennom det å leve med en mor med emosjonelle vansker. Samtidig viser resultatene at en annen utviklingsvei går via ungdommens indre karakteristikk, og er således forenelig med et transaksjonelt perspektiv som vektlegger individets egen innflytelse på sine omgivelser. Resultatene er derfor forenlig med tanken om at sosial kompetanse opptrer som en beskyttende faktor også i et ikke- klinisk utvalg, og at slik kompetanse er av verdi i et norsk samfunn preget av raskt skiftende sosiale arenaer. Spesielt synes sosial kompetanse- dimensjonene selvkontroll å være av betydning i sammenhengen med symptomer på depresjon hos ungdom.

En rekke mekanismer med vil stor sannsynlighet innvirke på sårbarhet for utvikling av depressive symptomer og på denne måten spille ulikt inn på ungdommens funksjonsnivå. Eksempelvis foregår det mye spennende forskning innenfor nevrobiologiske forskningsområder. Vi anerkjenner derfor at flere mekanismer vil interagere og påvirke symptomer på depresjon hos ungdom utover denne studiens omfang. Det er likevel interessant at man finner et slikt mønster av risiko- og beskyttelsesfaktorer i en normalpopulasjon med et lavere symptomtrykk enn i kliniske populasjoner. Et slikt resultat peker i retning av at selv mindre grad av emosjonelle vansker hos mor kan utgjøre en risikofaktor for at ungdommen selv utvikler depressive symptomer. Studiens resultater bidrar således til å skape nyanser i feltet ved å kaste lys over mulige mørketall i ungdomspopulasjonen der også ungdom uten en diagnose kan oppleve funksjonsnedsettelse i hverdagen som følge av et forhøyet symptomtrykk.

7.7. Studiens bidrag til forskningsfeltet

Denne studien har tilført forskningsfeltet flere interessante resultater gjennom utvalgets størrelse og studiens unike sammensetning av ulike faktorer med dokumentert virkning på nivå av depressive symptomer hos ungdom. Kun et mindre antall studier har sett på den samlede virkningen av mødres emosjonelle symptomer og alenemødre i familier med ungdom (Essex et al., 2000).

Fremfor å søke med sikkerhet hvordan påvirkning fra gener eller miljø beskytter eller bidrar til utvikling av depressive symptomer, har denne studien forsøkt å illustrere hvordan individuelle sårbarhetskorrelater spiller sammen med kontekstuell påvirkning (Rutter et al, 2008). Ved å se på risiko- og beskyttelsesforhold i ett og samme materiale, bidrar denne studien med å avdekke viktige mønstre og sammenhenger i nyanseforståelsen av menneskets

komplekse fungering. Slik kunnskap er viktig da forskning har funnet at symptomer på depresjon er mer utbredt i familier der også andre familiemedlemmer har vært rammet. Innenfor denne forståelsesrammen blir slike risiko- og beskyttelsesmekanismer av spesiell betydning for forståelsen av utløsende og opprettholdende faktorer ved depressive symptomer hos ungdom (Carr, 2006). Til tross for at relativt lite er kjent om families påvirkning på normativ og affektiv utvikling hos ungdom, antyder forskning at familien fortsetter å være en viktig faktor i det emosjonelle livet til ungdom på tross av en økende sosial verden. Studier av slike multiple familieprosesser har til nå vært av begrenset omfang (Gosselin & Davis, 2007). I tillegg til å se på ulike risikoforhold, trekker denne studien frem sosial kompetanse som en beskyttende faktor. Til tross for at sosial kompetanse er en veletablert beskyttelsesfaktor, foreligger det lite forskning på denne faktorens rolle i en norsk, ikke-klinisk ungdomspopulasjon.

7.8. Videre forskning

For å forstå menneskelig fungering og dens effekter på funksjonell tilpasning, er kunnskap om normal utvikling like viktig som kunnskap om kliniske tilstandsbilder. Slik kunnskap er særlig viktig innenfor forebyggende arbeid. Ytterligere kunnskap om effekter av symptomer på depresjon og tilhørende komorbide vansker er nødvendig for å få innsikt i hva slags effekter slike symptomer har på daglig fungering hos ungdom flest. Til tross for at ungdom viser stor grad av plastisitet, er det likevel nyttig med kunnskap som trekker symptom opp mot funksjon, og som tilstreber å balansere faktorer som øker og demper sannsynlighet for ugunstig tilpasning. Dette er av særskilt betydning da forskning viser at psykososial stress setter ungdom i risiko for å utvikle vansker på en rekke ulike livsområder (Breivik & Olweus, 2006; Mowbray et al., 2004). Man skal likevel vise varsomhet med å sykeliggjøre forbigående og tidsavgrenset normalvariasjon, spesielt i en fase av livet der symptomer på depresjon er svært flukterende og utbredt (Rutter et al., 2008). Det blir derfor viktig å få replisert studiens resultater også i fremtidig forskning, og undersøke hvordan ulike kombinasjoner av slike faktorer opptrer i samspill i ulike utviklingsfaser og på tvers av kjønnene. TOPP- studiens materiale inneholder flere spennende variabler. Det ville være interessant å se hvordan andre faktorer i datamaterialet henger sammen med nivå av depressive symptomer hos ungdom.

Fremtidig forskning bør forsøke å trekke inn andre medlemmer i familiesystemet for å på denne måten skape en mer helhetlig forståelsen av depressiv symptomutvikling hos ungdom.

Det ville også være interessant å undersøke hvordan ungdommens ulike miljø påvirker hverandre over tid gjennom longitudinelle analyser. Endelig vil det være interessant å undersøke i hvilken grad norsk ungdom med høyt nivå av depressive symptomer faktisk mottar hjelp innenfor dagens helsevesen, og således vurdere hvilke tiltak og tjenester som bør opprettes eller styrkes. Av spesielt nytte vil slik kunnskap kunne tenkes å ha innenfor førstelinjetjenesten med integrerende tiltak knyttet til personell innen helsestasjoner og skoleapparatet (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Slike tiltak krever ytterligere integrering og kunnskap fra tverrfaglig forskning innenfor biologiske, psykologiske, antropologiske så vel som sosiologiske områder.

7.9. Implikasjoner for forebygging

Ungdomsperioden markerer en ekstra sårbar periode med store og raske forandringer som setter den unge i økt risiko for å utvikle en rekke ulike former for psykologiske vansker. (Champion et al., 2009). I stortingsmelding (02/03) fremmes en klar målsetning for norsk helsepolitikk at det skal forebygges mer, for å reparere mindre. Videre understrekes et økende behov for utbygging av helsetilbudet til ungdom i alderen 13-20 år.

Denne studien har forsøkt å belyse viktigheten av å sidestille funksjon med symptom ved å innta en dimensjonell forståelse av utvikling av symptomer på depresjon i ungdomsbefolkningen for øvrig. På denne måten ble det forsøkt å unngå å patologisere symptomnivå i seg selv, men heller rette fokus på ungdommens funksjonelle tilpasning sett i lys av utvalgte risiko- og beskyttelsesfaktorer. Ungdomsbefolkningen utgjør en ekstra interessant gruppe innenfor forebyggingsarbeid. Med økt kunnskap om sammenhenger kan man forsøke å fange opp og styrke ungdommens iboende ressurser på et tidlig stadie, og dermed kanskje hindre at lettere former depressive vansker glir over i patologiske lidelser (Cicchetti & Toth, 1998). Slik forskningsbasert kunnskap vil også kunne gi nyttig informasjon i den kliniske hverdag, ved å skape innsikt og forståelse i tilrettelegging av det terapeutiske endringsarbeid også mellom timer, og i form av innsikt i den enkelte ungdoms hverdag. Denne studiens resultater antyder at eventuelle intervensjoner bør rettes mot økning av sosial kompetanse hos ungdommen, og da spesielt selvkontroll.

Tiltak som psykoedukative intervensjoner for familien som helhet, og tiltak for å fremme sosial kompetanse og støtte for disse ungdommene vil være av betydning ved å nå ut til flere nivåer i ungdommens nettverk som viktige arenaer for mestring (Solantaus et al., 2010). I

tillegg vil kunnskap om ungdommens egne ressurser aktivt kunne løftes frem i søken på forebygging, symptomlettelse og funksjonsøkning i ungdommens ulike, hverdagligslige arenaer. Et slikt syn støttes av rapporter fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, som understreker betydningen av å iverksette tiltak som er tilpasset ungdommens ulike arenaer også utenfor hjemmet (Helland & Mathiesen, 2009). Utvikling av sosial kompetanse som en beskyttende faktor hos ungdommen er av spesiell viktighet da sosial kompetanse legger et viktig grunnlag for senere psykisk helse og aktiv deltakelse i samfunns- og arbeidsliv (St. meld. 02/03).

7.10. Konklusjon

I tråd med teori og forskning, indikerer studiens resultater at det ikke foreligger et enkelt bilde av hvilke mekanismer som henger sammen med symptomer på depresjon hos ungdom. På lik linje med at det ikke foreligger en entydig forklaring på hvorfor emosjonelle vansker hos mor og depressive symptomer hos ungdom samvarierer hos en del ungdom, vil det heller ikke være en enkel oppgave å forklare temperament og sosial kompetanses unike bidrags til emosjonelle vansker hos ungdommen. Til tross for dette styrker studiens resultater antagelsen om at karakteristikk ved barnet er av vesentlig betydning for utvikling av depressive symptomer hos ungdom. Utvikling av depressive symptomer hos ungdom er sammensatt av en rekke individspesifikke biologiske karakteristikk som opptrer kontinuerlig, dynamisk og gjensidig med individets psykososiale økosystem (Hicks, DiRago, Iacono & McGue, 2009). Det handler derfor om komplekse, transaksjonelle interaksjoner over tid, med flere sannsynlige utviklingsveier i utvikling av depressive symptomer. På denne måten blir forklaringene sammensatte og forskjellig avhengig av variabelfokus og faglig ståsted. Stress-sårbarhetsmodellen tilsier at mennesket kan være født med, eller utvikle, en sårbarhet for utvikling av symptomer på depresjon gjennom erfaring. I denne studien blir en slik sårbarhet representert ved høyt nivå av temperamentstrekket emosjonalitet, og lavt nivå av selvkontroll. Ungdommen kan i tillegg være predisponert biologisk gjennom arv som ikke er kontrollert for i denne studien. Om de utsettes for bestemte psykososiale stressorer, her representert ved emosjonelle vansker hos mor, vil disse ungdommene være mer disponible for at slike risikoforhold utløser den iboende sårbarheten og hvor den psykiske helsen står i fare for negativ innflytelse.

På den andre siden er det viktig å ikke patologisere normalvariasjon, da forskning viser at barn og unge viser stor tilpasningsdyktighet over tid (Rutter et al, 2008).

Samtidig er det være hensiktsmessig å være bevisst på tidlige risikofaktorer både i form av

personlige karakteristikk, så vel som stressorer i den unges miljø slik at fokuset og tiltak kan rettes mot å støtte opp under ungdommen og familiens egne positive og mestrende faktorer for å forebygge utvikling av en psykisk lidelse.

Referanseliste

- Achenbach, T.M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*, 101: 213-232.
- Afifi, T.O., Cox, B.J., & Enns, M.W. (2006). Mental health profiles among married, never-married, and separated/divorced mothers in a nationally representative sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41:122-129.
- Aiken, L.S., & West, S.G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Amato, P.R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of marriage & the family*, 62 (4): 1269-1287.
- Amato, P.R. & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta analysis. *Psychological bulletin*, 110 (1): 26-46.
- Angold, A., Costello, E.J., Messer, S.C., Pickles, A., Winder, F. & Silver, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International journal of methods in psychiatric research*, 5: 237-249.
- Angold, A., Costello, E.J. & Worthman, C.M. (1998). Puberty and depression: The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological medicine*, 28: 51- 61.
- Avison, W.R., Ali, J. & Walters, D. (2007). Family structure, stress and psychological distress: A demonstration of the impact of differential exposure. *Journal of health and social behavior*, 48 (3): 301-317.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator –mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51:1173-1182.
- Barrett, A.E. & Turner, R.J. (2005). Family structure and mental health: The mediating effects of socioeconomic status, family process and social stress. *Journal of health and social behavior*, 46 (2): 156-169.
- Breivik, K. & Olweus, D. (2006). Adolescent's adjustment in four- post-divorce family structures: Single mother, stepfather, joint physical custody and single father families. *Journal of divorce & remarriage*, 44 (3/4): 99-124.

- Bornstein, M.H., Hahn, C., & Haynes, O.M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22: 717–735.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burt, K.B., Obradovic, J., Long, J.D. and Masten, A.S. (2008). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Development*, 79 (2): 359 – 374.
- Burt, S.A. (2009). Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: A meta-analysis of shared environmental influences. *Psychological bulletin*, 135(4): 608-637.
- Buss, A.H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*. London: Routledge.
- Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American psychologist*, 53 (2): 221-241.
- Cicchetti, D., (2006). Preface. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds). *Developmental Psychopathology (2nd ed.): Theory and Method*, vol. 1. New York: Wiley.
- Champion, J.E., Jaser, S.S., Reeslund, K.L., Simmons, L., Potts, J.E., Shears, A.R. & Compas, B.E.(2009). Caretaking behaviors by adolescent children of mothers with and without a history of depression. *Journal of family psychology*, 23 (2): 156–166.
- Compas, B.E., Howell, D.C., Phares, V., Williams, R.A., & Ginta, C.T. (1989). Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: A prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(6): 732-740.
- Conger, R.D., Ge, X., Elder, G.H.J., Lorenz, F.O., & Simons, R.L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65: 541–561.
- Connell, A.M. & Goodman, S.H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing Behavior Problems: A meta- analysis. *Psychological Bulletin*, 128 (5): 746–773.

- Conway, C.C., Hammen C., Espejo, E.P., Wray, J.M. & Brennan, P.A. (2011). Appraisals of stressful life events as a genetically-linked mechanism in the stress–depression relationship. *Cognitive therapy and research*:1-10.
- Costello, J.E., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., & Angold A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch gen psychiatry*, 60: 837-844
- Costello, E.J., Egger, H.L. & Angold, A., (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence and comorbidity. *Child Adolescent psychiatric clinics of north America*, 14: 631-648.
- Crick, N. & Zahn- Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and psychopathology*, 15:719–742.
- Cumming, P.T. & Davis, E.M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypotheises. *Psychological bulletin*, 116 (3): 387-411
- Dickstein, S., Ronald, S., Hayden, L.C., Schiller, M., Ameroff, A.J., Keitner, G., Miller, I. Rasmussen, S., Matzko, M. & Magee, K.D. (1998). Levels of family assessment: II. Impact of maternal psychopathology on family functioning. *Journal of family psychology*, 12(1): 23-40.
- Eiser, J.R. (1998). The dynamical hypothesis in social cognition. *Behavioral and brain sciences*, 21 (5): 638-638.
- Essex, M., Klein, M.H., Cho, E. & Kraemer, H.C. (2003). Exposure to maternal depression and marital conflict: Gender differences in children’s later mental health symptoms. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 42 (6):728-737.
- Fergusson, D.M & Lynskey, M.T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 37 (3): 281-292.
- Fergusson, D.M. & Woodward. L.J. (2002). Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of general psychiatry*, 59: 225-231.
- Field, A. (2009). Discovering statistics using SPSS, Third edition. London, Sage Punlications.
- Foster, C.J.E., Garber, J. & Durlak, J.A. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children’s externalizing and internalizing symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 36: 527-537.

- Frye, A.A. & Garber, J. (2005). The relation among maternal depression, maternal criticism, and adolescents' externalizing and internalizing symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 33 (1):1-11.
- Garbarino, J. (1985). *Adolescent development. An ecological perspective*. Colombus Ohio: Charles Merrill.
- Goodman, S.H. & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*, 106 (3): 458-490.
- Gosselin, J. & Davis, H. (2007). Risk and resilience factors linked with the psychosocial adjustment of adolescents, stepparents and biological parents. *Journal of Divorce & Remarriage*, 48(1-2): 29-53.
- Grant, K.E., Compas, B.E. Stuhlmacher, A.F., Thurm, A.E., McMahon, S.D. & Halpert, J.A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129 (3):447–466.
- Gresham F.M., & Elliot, S.N. (1990). *Manual for The Social Skills Rating System*. Circle Pines MN: American Guidance Service SSRS Social skills.
- Hammen, C., Burge, D. & Stansbury, K. (1990). Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high-risk sample: A casual modeling analysis. *Developmental psychology*, 26 (1): 24-30.
- Hammen, C. & Brennan, P.A (2001). Depressed adolescents of depressed and non- depressed mothers: Tests of an interpersonal impairment hypothesis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69 (2): 284-294.
- Helland, M.J. & Mathiesen, K.S. (2009). 13-15 åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse, Rapport Nasjonalt folkehelseinstitutt, 1.
- Hesbacher, P.T., Rickels, R., Morris, R.J., Newman, H. & Rosenfeld, M.D. (1980). Psychiatric illness in family practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41: 6-10.
- Hicks, B.M., DiRago, A.C.,Iacono, W.G & McGue, M. (2009). Gene- environment interplay in internalizing disorders: Consistent findings across six environmental risk factors. *Journal of child psychology and psychiatry*, 50 (10): 1309–1317.
- Hughes, K.H. & Gullone, E. (2010). Discrepancies between adolescent, mother, and father reports of adolescent internalizing symptom levels and their association with parent symptoms. *Journal of clinical psychology*, 66(9): 978-95.

- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: The relationship between developmental and health problems. *Journal of public health*, 14: 20-28.
- Karevold, E. (2008). Emotional problems in childhood and adolescence: Predictors, pathways and underlying structure. Psykologisk institutt (UiO). Unipub AS.
- Karevold, E.B., Røysamb, E. Ystrøm, E. & Mathiesen, K.A. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology*. ISSN 0012-1649. 45(4): 1051- 1060 . doi: 10.1037/a0016123
- Kelly, J.B. & Emery, R.E (2003). Children's adjustment following divorce: Risk and resilience perspectives. *Family Relations*, 52 (4): 352- 362.
- Kleist, D.M. (1999). Single-parent families: A difference that make a difference? *The family journal: Counseling and therapy for couples and families*, 7 (4): 373-378.
- Knight, C. (2007) A resilience framework: Perspectives for educators. *Health Education*, 107 (6): 543-555.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay T. & Scherlis W. (1998). Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American psychologist*, 53 (9):1017-1031.
- Lau, J.Y.F, Rijdsdijk, R., Gregory, A.M., McGuffin, P. & Elley, T. (2007). Pathways to childhood depressive symptoms: The role of social, cognitive and genetic risk factors. *Developmental psychology*, 43 (6): 1402-1414.
- Lau, J. Y & Eley, T.C. (2006). Changes in genetic and environmental influences on depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *British journal of psychiatry*, 189: 422-427.
- Lee, Hankin & Mermelstein (2010). Perceived social competence, negative social interactions and negative cognitive style predict depressive symptoms during adolescence. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 39(5): 603–615.
- Lengua, L.J & Sandler, I. N. (1996). Self-regulation as amoderator of the realtion between coping and symptomatology in childeren of divorce. *Journal of abnormal child psychology*, 24(6): 681-701.
- Lewis M., Feiring, C. & Rosenhal, S. (2000). Attachment over time. *Child Development*, 71 (3): 707-720.

- Masten , A.S., Coatsworth, J.D., Neemann, J., Gest, S.D., Tellegen, A., Garmezy, N. (1995). The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child development*, 66(6):1635-1659.
- Masten, A.M. & Coatsworth, J.D. (1998).The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 53 (2): 205- 220.
- Masten, A.S., Roisman, G.I., Long, J.D., Burt, K.B., Obradović, J., Riley, J.R., Boelcke-Stennes, K. & Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms Over 20 Years. *Developmental Psychology*, 41(5):733-746.
- Mathiesen, K., S., Kjeldsten, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og Oppvekst-barndom og ungdomstid*, nr.5, Nasjonalt Folkehelseinstitutt. ISBN: 978 82 8082 205 5 elektronisk utgave.
- Mathiesen, K. S. & Sanson, A. (2000): Dimensions of early childhood behaviour problems - Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28: 431-439.
- Mathiesen, K.S. & Prior, M. (2006). The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *European journal of developmental psychology*, 3 (4):357-387.
- Mathiesen, K.S., Karevold, E. & Knudsen, A, K.(2009). Psykiske lidelse blandt barn og unge i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. ISBN:978 82 8082 374 8.
- Mathiesen, K.S., Sanson, A., Stoolmiller, M. & Karevold, E. (2009). The nature and predictors of undercontrolled and internalizing problem trajectories across early childhood. *Journal of abnormalchild psychology*, 37: 209–222.
- Mathiesen, K. S. & Tambs, K. (1999). The EAS temperament questionnaire - factor structure, age trends, reliability and stability in a Norwegian sample. *Child psychology and psychiatry*, 40(3): 431-439.
- Middeldorp, C.M. , Cath, D.C., & Van Dyck & Boomsma, D.I. (2005).The co-morbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology. A review of twin and family studies. *Psychological medicine*, 35: 611–624.
- Mowbray, C., Bybee, D., Oyserman, D., Allen-Meares, P., MacFarelane, P. & Hart. Johnson, T. (2004). Diversity of outcomes among adolescent children of mothers with mental illness. *Journal of emotional and behavioral disorder*, 12 (4): 206-219.

- Mykletun, A. & Knudsen, A.K. (2009). Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. Rapport Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 4.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K. & Mathiesen, K.S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv, Rapport Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 8.
- Nigg, J.T. (2006). Temperament and developmental Psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47 (3/4): 395–422.
- Oppedal, B., Røysamb, E.: (2004) “Mental health, life stress, and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background”. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45: 131-144.
- Ogden, T. (1995): Kompetanse i kontekst: En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13 åringer. Rapport 3. Oslo: BVU.
- Malt, U.F., Retterstøl, N., & Dahl, A.A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Rothbart, M.K. & Bates, J.E. (1998). Temperament. I: W.Damon og N.Eisenberg (red.), *Handbook of child psychology, 3, Social, emotional, and personality development*: 105-176. New York: John Wiley.
- Roustit C., Basile C., & Pierre C. (2007). Family breakup and adolescents' psychosocial maladjustment: Public Health Implications of Family Disruptions. *Pediatrics*, 120: 984-991.
- Ruschena, E., Prior, M., Sanson, A., & Smart, D. (2005). A longitudinal study of adolescent adjustment following family transitions. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46 (4): 353-363.
- Rutter, M., Bishop, D.V.M., Pine, D.S., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., & Thapar, A., (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science.
- Sameoff, A.J. & MacKenzie, M.J. (2003). *Development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanson, A., Letcher, P., Smart, D., Prior, M., Toumbourou, J. W. & Oberklaid, F. (2009). Associations between early childhood temperament clusters and later psychosocial adjustment. *Journal of developmental psychology*, 55(1): 26-54.
- Shih, J.H., Eberhart, N.K., Hammen, C.L. & Brennan, P.A. (2006). Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35 (1): 103-115.

- Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S., & Punamäki, R.L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behavior. *European adolescence psychiatry*, 19: 883-892.
- Statistisk sentralbyrå (2011). Befolkningsstruktur. Familier, husholdninger og barn. Barn, 1.januar 2011. [Http://www.ssb.no/emner/02/01/20/barn/](http://www.ssb.no/emner/02/01/20/barn/).
- Stortingsmelding nr.16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken*
- Størksen, I., Røysamb, E., Moum, T. & Tambs, K. (2005). Adolescents with a childhood experience of parental divorce: A longitudinal study of mental health and adjustment. *Journal of adolescence*, 28 (6): 725-739.
- Størksen, I., Røysamb, E., Holmen T. & Tambs, K. (2006). Adolescent adjustment and well-being: Effects of parental divorce and distress. *Scandinavian journal of psychology*, 47: 75-84.
- Sund, A.M., Larsson, B., & Wichstrøm, L.(2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by the mood and feelings questionnaire (MFQ). *European child and adolescent psychiatry*, 10(4):222-229.
- Sund, A.M, Larsson, B. & Wichstrøm (2003). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12 to 14-year-old Norwegian adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry* 44(4):588-597.
- Tambs, K. and T. Moum (1993): How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87:364-367.
- Tetzchner, S.von. (2001). *Utviklingspsykologi, barne- og ungdomsalderen*. Gyldendal Norsk Forlag A/S, 1. utg.
- Torvik, F.A. & Rognum, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Rapport Nasjonalt folkehelseinstitutt, 4.
- Thuen, E. & Bru, E. (2004). Coping styles and emotional and behavioral problems among Norwegian grade 9 students. *Scandinavian journal of educational research*, 48 (5): 493-510.
- Walsh, W.A., Dawson J., & Mattingly, M.J.(2010). How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy? *Trauma violence abuse*, 11, 27: 27-41.
- Weissman, M.M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980).Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *Journal of nervous mental disorders*, 168(12):736-740.

- Whaley, S.E., Pinto, A. & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 (6):826-836.
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence. The role of intensified gender socialization. *Developmental psychology*, 35(1): 232-245.
- WHO ICD-10. *Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. Munksgaard Danmark, 1 udgave, 14. reviderede oplag 2009.
- Wu, Hou & Schimmele (2008). Family structure and children's psychosocial outcomes. *Journal of family issues*, 29 (12):1600-1624.